

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 juillet 1898, à 1 heure

Par MARCEL-ALEXANDRE LARIGAUDRY

Né au Mée (Seine-et-Marne), le 20 avril 1874

Externe des hôpitaux de Paris

DE

L'EXPRESSION ABDOMINO-VAGINALE

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. RAYMOND, professeur.

BOUILLY,
HALLOPEAU, } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

473

Année 1898

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 7 juillet 1898, à 1 heure

Par MARCEL-ALEXANDRE LARIGAUDRY

Né au Mée (Seine-et-Marne), le 20 avril 1874

Externe des hôpitaux de Paris

DE

L'EXPRESSION ABDOMINO-VAGINALE

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. RAYMOND, professeur.

BOUILLY,
HALLOPEAU, } *agregés.*



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOUBENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
	{ POTAIN.
Clinique médicale.....	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ BERGER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	GAUCHER.	MARIE.	SEBILEAU.
ALBARRAN	GILBERT.	MENETRIER.	THIERY.
ANDRÉ.	GILLES DELA TOURETTE	NELATON.	THOINOT.
BAR.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	POIRIER, Chef de tra-	VARNIER.
BROCA.	HEJM.	vaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	REITTERER.	WEISS.
CHASSEVANT.	LETULLE.	RICARD.	WIDAL.
Pierre DELBET.	MARFAN.	ROGER.	WURTZ.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRAND'MÈRES

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA SOEUR

A MES AMIS ET CAMARADES



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Externe du service de M. le professeur Budin, nous avons vu plusieurs fois pratiquer à la clinique Tarnier, pour les avortements incomplets, le curage digital suivi de *l'expression abdomino-vaginale*.

Nous avons été frappé des résultats constamment heureux qu'on obtenait avec ce procédé et de la facilité avec laquelle un fragment volumineux de placenta traversait un col, dont l'orifice n'admettait qu'avec peine, deux doigts ou même un seul doigt.

Nous avons d'abord la pensée de faire l'étude du curage digital en général. Mais devant le nombre considérable de thèses et de travaux, publiés sur ce sujet, nous avons pensé qu'il était inutile de répéter ce qu'avaient dit nos devanciers. Aussi, suivant le conseil de M. le professeur Budin, avons-nous résolu d'étudier l'expression abdomino-vaginale, qui n'a été encore jamais, à notre connaissance, l'objet d'un travail d'ensemble. Ce procédé, que notre maître a décrit, pour extraire le placenta décollé, est à peine indiqué dans la thèse de Colomby (1) : « Mieux vaut alors avoir recours à une petite manœuvre que signale M. Maygrier, que recommande M. Budin et qui consiste à comprimer l'utérus avec deux doigts introduits dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Avec l'autre main on appuie

(1) COLOMBY, *Rétention du placenta dans l'avortement*, 1898 (p. 164).

sur la face antérieure de l'utérus à travers la paroi abdominale. »

M. Maygrier (1), dans le *Journal de l'Obstétrique*, recommande la manœuvre de M. Budin et la décrit en quelques lignes. En effet M. Budin, qui l'emploie depuis plusieurs années, l'avait exposée dans ses leçons cliniques faites à la Maternité, leçons demeurées inédites.

C'est tout ce que nous avons trouvé sur ce sujet.

M. le professeur Budin dans sa première leçon, à l'amphithéâtre de la clinique Tarnier (2), dans ses visites journalières au lit des malades, nous a fourni les éléments de cette étude.

Nous avons été témoin à la salle d'opérations des résultats de ce procédé ; nous avons pris avec soin, nos collègues et nous (3), des observations de curages suivis d'expression abdomino-vaginale ; notre professeur a bien voulu enfin nous donner quelques conseils en particulier ; c'est ainsi que nous avons pu entreprendre ce travail.

Nous ferons un court historique des procédés employés pour extraire le placenta, lorsqu'il n'est plus adhérent. Nous verrons ensuite quelles sont les causes des difficultés qu'ont rencontrées, de tout temps, les praticiens pour extraire l'arrière-faix dans l'avortement. Nous décrirons alors les divers moyens qu'ils ont proposés, en les discutant.

(1) M. MAYGRIER, Traitement de l'avortement incomplet. *J. d'Obstétrique*, juillet 1897, p. 320.

(2) BUDIN, *Leçon inédite*, mai 1898.

(3) Nous remercions notre collègue Valency du soin avec lequel il nous a aidé à prendre les observations.

L'expression abdomino-vaginale sera l'objet de tout notre soin ; nous tâcherons d'en démontrer la valeur et l'utilité pratique, en nous appuyant sur les observations que nous avons recueillies à la clinique Tarnier, enfin nous tirerons les conclusions de l'ensemble de cette étude.

Avant d'aller plus loin, c'est pour nous un agréable devoir d'adresser l'expression de notre profonde reconnaissance à tous nos maîtres, qui nous ont guidé dans le chemin des études médicales.

Nous tenons, en premier lieu, à remercier M. le D^r Regnard, membre de l'Académie de médecine, de la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant tout le cours de nos études médicales.

A nos débuts nous avons eu pour maîtres, MM. les D^{rs} Schwartz et Chauffard (1893-94), le premier chirurgien, le second médecin de l'hôpital Cochin.

Nommé externe en 1895, nous avons choisi le service de M. le D^r Albarran, chirurgien de Necker, dont nous n'oublierons jamais les bienveillants conseils, puis celui de M. le D^r de St-Germain, chirurgien des Enfants-Malades.

M. le D^r Moutard-Martin (externat 1896), médecin de la Charité, en nous choisissant pour remplacer un de ses internes pendant plusieurs mois, nous a fait un honneur, dont nous le remercions vivement.

M. le D^r Moizard (externat 1897), médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, nous a enseigné les éléments de bactériologie, qu'un médecin ne peut ignorer aujourd'hui. Nous garderons un vif souvenir de son enseignement si net et si pratique.

M. le professeur Budin (externat 1898), accoucheur de la clinique Tarnier, nous a initié à l'art des accouchements avec une patience et un talent dont nous lui serons toujours reconnaissant. Il a un double droit à toute notre gratitude, aussi bien pour ses excellentes leçons d'obstétrique que pour la bienveillance avec laquelle il a bien voulu nous inspirer le sujet de notre thèse et en accepter la présidence.

Que MM. Glantenay, Souppeau, Dubrisay, qui nous ont porté quelque intérêt dans le cours de nos études, reçoivent tous nos remerciements.

Enfin nous terminerons en remerciant M. le D^r Gaucher (maladies de la peau), M. le D^r Nattier (maladies du nez, des oreilles et du larynx), M. le D^r Wuillomenet (maladies des yeux), des conseils qu'ils nous ont donnés sur ces points particuliers.

A la dernière heure, M. le D^r Demelin, accoucheur des hôpitaux, a bien voulu nous remettre deux observations très intéressantes, sur le sujet de cette thèse. Nous le prions de vouloir bien accepter tous nos remerciements pour le bienveillant concours qu'il nous a prêté.

CHAPITRE PREMIER

Historique (1).

La difficulté d'extraire le placenta abortif, même après son décollement, a été l'objet de nombreux travaux et chaque accoucheur a donné, sur ce point, son avis et exposé pour quels motifs, il se rattachait à telle ou telle méthode.

Les médecins grecs, romains et arabes n'avaient trouvé aucun moyen scientifique et employaient des moyens plus ou moins violents qui mettaient souvent la femme en danger, sans lui faire expulser l'arrière-faix.

Ambroise Paré (2), le premier, conseille d'introduire les doigts dans l'utérus pour décoller et extraire le placenta. « La sage femme, écrit-il, mettra sa main doucement dans la matrice, ointe d'huile ou de quelqu'axonge et suivant le nombril qui lui servira de guide pour prendre l'arrière-faix, et le séparera, s'il est encore adhérent contre le fond de la matrice, avec les doigts seulement, le tournant de côté et d'autre, *et le tirera non par violence*, comme le font folles et idiotes matrones, car en le tirant brusquement on peut dilacérer quelques veines, artères ou fibres et ligaments nerveux, où la dite matrice est liée et attachée,

(1) Pour cet historique nous avons fait de nombreux emprunts à la thèse d'agrégation de GERBAUD (1886).

(2) A. PARÉ, *Œuvres complètes* (Chassaignac).

dont le sang sort ; et estant sorti de ces propres vaisseaux se corrompt et putréfie, cause inflammation, gangrène et par conséquent la mort. »

Dans ce passage, A. Paré parle de la rétention de l'arrière-faix dans l'accouchement à terme ou dans l'avortement après le 4^e mois. Avant cette époque, il est, en effet, impossible d'introduire la main dans l'utérus.

Guillemeau (1) entraîne le placenta avec les mains, sans se presser, « en le maniant et esbranlant toujours ». La même remarque que précédemment, peut-être faite ici.

Au XVII^e siècle, Mauriceau (2) reconnaît la difficulté qu'on a à extraire le placenta. Il faut « *se servir de la pince à faux germe ou des doigts, pour extraire le placenta* ».

Mme Le Boursier-Ducoudray (3) extrait de préférence le placenta avec les doigts.

Levret (4), au XVIII^e siècle, se sert de ses doigts ou de la pince à faux germe. « L'on ne doit pas rester spectateur oisif, lorsque la perte menace les jours de la mère, il faut alors se servir de la pince à faux germe, si les doigts ne sont pas suffisants. »

Baudelocque (5) se servait de ses doigts pour maintenir l'orifice du col ouvert et pour extraire le placenta. Quand celui-ci était déjà dans le col utérin, il se servait de la pince à faux germe pour l'attirer au dehors.

(1) GUILLEMEAU, *OEuvres de chirurgie* (1599).

(2) MAURICEAU, *Maladies des femmes grosses et des accouchées* (1668).

(3) MME LE BOURSIER-DUCOUDRAY, *Guide des accouchements* (1753).

(4) LEVRET, *Art des accouchements* (1766), p. 146.

(5) BAUDELLOCQUE, *Art des accouchements*, t. I (1778).

Mme Lachapelle (1) n'admet que les doigts pour faire la délivrance : « Quant à l'extraction forcée, et aussi aux instruments conseillés dans cette vue, comme la pince à faux germe de Levret, je n'en ai jamais tenté l'emploi, que je regarde comme impossible dans les cas d'occlusion complète, comme inutile dès que le col de la matrice est ouvert, et comme toujours dangereux ; tout au plus, doit-on se permettre, ainsi que je l'ai exécuté plusieurs fois, *d'attirer le placenta lorsqu'il est détaché et qu'il se présente à l'orifice bien ouvert et ramolli : deux doigts suffisent pour cette opération.* »

Mme Boivin (2) est du même avis.

En 1836, en Angleterre, Hall Davis (3) et Smith (4), extraient le placenta avec les doigts : « Il ne peut guère se présenter de cas dans lequel l'embryon, ou les membranes, ou les débris de membranes retenues dans l'utérus ne puissent être détachés et *extraits avec le doigt* ; le temps et la patience sont quelquefois nécessaires pour cette manipulation, mais elle n'a jamais échoué, que je sache. »

En 1866, Devillers (5), Ramsbotham (6) préférèrent le doigt à tout autre instrument, pour extraire le placenta.

En 1867, Guéniot (7) écrit dans le *Bulletin de thérapeutique* : « Dans les cas graves et difficiles, *on peut se servir de*

(1) MME LACHAPELLE, *Pratique d'accouchements*, t. II.

(2) MME BOIVIN, *Mémorial d'accouchement* (1836).

(3) HALL DAVIS, *Obstetric. Transact.*, n. 3 (1836).

(4) TYLER SMYTH, *Lecturs of obstetrics* (1858).

(5) DEVILLERS, Avortement. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* (1866).

(6) RAMSBOTHAM, *Obstetric Medicine and Surgery* (1867).

(7) GUÉNIOT, *Bull. therap.*, t. LXXIII (1867).

pincés ou de la curette, mais leur emploi serait beaucoup plus dangereux et plus incertain que le doigt prudemment dirigé. »

Cazeaux (1) montre que dans la fausse-couche, la forme cylindrique du col non effacé, le volume exagéré du placenta, la consistance spongieuse des masses cotylédonnaires sont autant d'obstacles à l'extraction digitale ou instrumentale du placenta abortif. Il préfère se tenir sur l'expectative que d'intervenir.

Spoendly (2), au contraire, intervient et considère l'extraction comme relativement facile : « Il est urgent quand le col permet l'introduction d'un doigt de chercher à extraire le placenta, ce qui se fait, dans la règle, *avec la main : les pincés sont inutiles*. Pour expulser les débris placentaires qui restent après l'opération, il faut faire des injections régulières avec une solution faible et tiède d'acide phénique. Du reste il reste beaucoup plus fréquemment de ces débris dans le cas d'avortement ordinaire qu'après l'opération manuelle. »

En 1876, Leishman (3) nous explique comment il opère : « Il faut passer le doigt autour de la partie qui se présente, et, s'il le faut, on peut introduire un autre doigt dans le col ; si nous pouvons ainsi avoir une bonne prise sur le placenta, nous l'extrairons en entier : mais une manœuvre violente ou maladroite pourra rendre les efforts inutiles et laisser une partie du corps, que nous désirons extraire complètement. »

(1) CAZEUX, *Traité d'accouchements*, revu par TARNIER, 1870.

(2) SPOENDLY, *Erinnerungen aus der obstetrischen Praxis*, 1875.

(3) LEISHMAN, *System of midwifery*, 1876.

Simpson (1) emploie le doigt ou la pince : « Quand le doigt a rompu les adhérences, il peut être utile de saisir le corps détaché avec l'aide d'un instrument et pour cela une simple pince à pansements assez longue, est aussi commode qu'un instrument spécial. »

Carnicail, Milne, Macdonald, Bruce, Keiller sont du même avis. En Italie, Lessona (2) préconise *la pince* pour attirer au dehors le placenta.

C'est à cette époque que Cordes (3) croit voir dans *l'expression abdominale* le meilleur procédé pour décoller et extraire le placenta. Mais dans les avortements, l'utérus au 3^e mois et au 4^e mois ne dépasse guère le bord supérieur de la symphyse pubienne. Son procédé excellent dans l'accouchement à terme ou prématuré, ne peut guère servir dans l'avortement.

Aussi A. Martin (4) a-t-il décrit *un mode spécial d'expression dans le cas d'avortement*. « Tant que l'utérus n'est pas accessible par la paroi abdominale, il faut se contenter de placer une main sur l'hypogastre, tandis que l'autre est introduite dans le vagin et comprime fortement le col. » N'est-ce pas là le commencement de l'expression abdomino-vaginale ? Mais il en obtint peu de résultat, car il ne décollait pas le placenta avec le doigt avant de faire cette manœuvre, qui devait par conséquent décoller et extraire le délivre. Quand ce procédé ne réussit pas il a recours à la curette.

(1) SIMPSON, *Archives de la société d'obstétr. d'Edimbourg*, 1876.

(2) LESSONA, *Délivrance artificielle*, Turin, 1887.

(3) CORDES, *Annales de gynécologie*, 1876.

(4) A. MARTIN, *Leitfaden der operativen Geburtshülfe*, Berlin, 1877.

Malowsky (1) écrit : « La thérapeutique ne comporte qu'une intervention manuelle, il faut rejeter les instruments. »

Schwarz (2) endort la malade et *extraît le placenta avec les doigts*.

« Les pinces ou instruments ne doivent intervenir que plus tard, en désespoir de cause. »

En Amérique Wathen, Chadwick, Caroli, Strincla, sont partisans du doigt, de la pince ou de la curette suivant les cas (3).

Au contraire Southwick (4) n'admet que le doigt. La curette et les pinces sont souvent, à son avis, des agents perforateurs.

Le 8 juillet 1886 à la Société obstétricale et gynécologique de Paris une discussion s'éleva entre Pajot (5) et M. Doléris, le premier défendant le curage digital, le second le curettage. Cependant ils tombèrent d'accord sur la conduite à tenir pour extraire le placenta ou les morceaux de placenta décollés. Lorsque le doigt ne suffit pas, ils prennent des pinces. Le professeur Pajot (6) avait même imaginé pour cette extraction une curette articulée, que nous décrirons dans un prochain chapitre.

Peu de temps après la publication de l'observation de Mathews Duncan (7), qui eut un si grand retentissement,

(1) MALOWSKY, *Annales de gynécologie*, octobre 1880.

(2) SCHWARTZ, *Volkmann's Sammlung*, 1884, n° 241.

(3) *Medical News*, 1885.

(4) SOUTHWICK, Traitement de l'avortement au 4^e et 5^e mois. *American journ. of obst.*, sept. 1885.

(5) *Annales de gynécologie*, juillet et novembre 1886.

(6) PAJOT, *Travaux d'obstétrique et de gynécologie*, Paris, 1889, p. 216.

(7) MATHEWS DUNCAN, *Diseases of Women*, 1886.

vint montrer que le doigt était suffisant pour extraire un morceau de placenta volumineux.

W. Cheatham (1), Arthur Edis (2), Labusquière (3), Dalhmann (4), A. Bloch (5), Murdoch Cameron (6) préférèrent le doigt à la pince et à la curette, mais l'emploient en cas de nécessité.

En 1893, à la Société d'obstétrique de France, la question revint sur le tapis. Doléris et Tarnier prenaient sans hésiter la pince quand le doigt ne pouvait ramener le placenta.

La même année parut *L'asepsie et l'antisepsie en obstétrique*, où Tarnier (7) préconise l'emploi de la pince pour extraire le placenta décollé. « Dans un certain nombre de cas, on parvient bien à décoller le placenta avec les doigts, mais on ne parvient pas à l'extraire, parce que les doigts introduits dans l'utérus ne fournissent pas une prise assez solide ; si l'on rencontre cette petite difficulté, on se trouve bien de se servir de pince de forme appropriée. » Et plus loin « on peut décoller le placenta avec les doigts sans avoir besoin de s'adresser à des instruments et en définitive c'est seulement pour entraîner au dehors

(1) W. CHEATAM, Rétention du placenta après l'avortement. *The med. Record*, 2 janv. 1886.

(2) ARTHUR EDIS, Conduite à tenir dans l'avortement incomplet. *British med. Journ.*, août 1886.

(3) LABUSQUIÈRE, *Annales de gynécologie*, 1887.

(4) DALHMANN, Zur Behandlung der Fehlgeburten. *Centralblatt für Gynæk.*, n° 2, 1888.

(5) A. BLOCH, Ueber die Behandlung von Metrorragien, bedingt durch retention von abortusresten, 1888.

(6) MURDOCH CAMERON, *British med. Journal*, 31 mai 1888.

(7) TARNIER, *Asepsie et antisepsie en obstétrique*, Paris, 1893.

des cotylédons détachés que la pince peut être utile ». Il considère cette manœuvre comme simple et sans danger.

Mais quelque temps après Veit (1), Alberti (2), Fleishmann (3), Mann (4) publièrent une série d'observations, où la pince avait causé la mort des opérés.

C'est alors qu'on rechercha un moyen simple et sans danger d'extraire le placenta décollé et que M. le professeur Budin eut l'heureuse idée d'inventer l'expression abdomino-vaginale que nous trouvons indiquée dans le *Journal d'obstétrique* de juillet 1897 où M. Maygrier (5) montre en quelques mots les avantages qu'on peut en retirer. M. le professeur Budin (6) exposa sa méthode à la Société d'obstétrique du 8 juillet 1897. On trouve cette manœuvre signalée dans la thèse de Colomby (7).

Nous avons eu l'occasion, il y a quelques jours, d'avoir un entretien avec M. Demelin. Jusqu'à ces derniers temps, quand le placenta ou de ses débris étaient libres dans la cavité utérine, il cherchait à les extraire avec les doigts repliés en crochet. S'il n'y parvenait pas, il employait la pince. Ces derniers jours, il a employé le procédé de notre maître dans deux cas bien différents (voir observations n° 7 et 8) et a été convaincu, des résultats brillants qu'on pouvait obtenir de l'expression abdomino-vaginale, qui va faire l'objet de cette étude.

(1) VEIT, *Société d'obst. de Vienne*, 29 juin 1894.

(2) ALBERTI, Ein Fall von Perforation des Uterus. *Centralb. für Gynæcol.*, 29 septembre 1894.

(3) FLEISHMANN, *Centralb. für Gyn.*, 6 octobre 1894.

(4) MANN, *Journal of obstetr.*, mai 1895.

(5) MAYGRIER, *J. d'obstétrique*, juillet 1897.

(6) Compte rendu de la Société d'obstétrique du 8 juillet 1896. *Bulletin médical*. Leçon clinique inédite (mai 1898).

(7) Thèse de COLOMBY, Paris (1898).

CHAPITRE II

Causes de la rétention du placenta abortif après son décollement, et des difficultés qu'on rencontre à extraire les masses cotylédonaire une fois que le doigt ou la curette les a décollées.

Dans l'accouchement à terme, le délivre, une fois décollé, poussé par des contractions énergiques de l'utérus, suit facilement le chemin que lui a ouvert le fœtus : le col n'existe plus, il s'est effacé et la dilatation est telle qu'on introduit sans difficulté la main dans l'utérus pour aller décoller et extraire le placenta, lorsque celui-ci est retenu dans la cavité utérine.

Il n'en est pas ainsi dans l'avortement, surtout dans l'avortement au 3^e et 4^e mois. Le placenta abortif peut être expulsé d'un bloc, après la sortie de l'embryon, mais il n'en est pas toujours ainsi. *L'expulsion peut se faire plus ou moins lentement.*

« Le placenta (1) totalement décollé et engagé dans le col, peut être expulsé en une seule fois, d'un bloc ; ou bien sa sortie se fait en plusieurs fois par morceaux, par petites masses ; ou bien son élimination est graduelle, insensible : si on pratique alors, de temps en temps, le toucher vaginal, on constate que la portion du placenta qui fait saillie hors du col, dans la partie supérieure du vagin, ou

(1) TARNIER et BUDIN, *Traité de l'art des accouchements*, t. II. 1886.

qui est accessible dans la cavité cervicale, diminue peu à peu chaque jour. Les petites parcelles de placenta qui se détachent sont entraînées dans les excréctions vaginales et dans le liquide des injections où l'on en retrouve des traces, sous forme de grumeaux, de granulations grisâtres ou noirâtres. »

C'est que les fibres lisses de l'utérus sont encore peu développées ; le col est dur et s'entr'ouvre à peine pour donner passage à un embryon de volume inférieur à celui de la masse placentaire.

Aussi, dans d'autres cas, le placenta décollé, se trouve complètement emprisonné dans l'utérus par le col qui s'est refermé.

On comprendra que pour extraire le placenta, décollé naturellement, ou artificiellement par le doigt ou la curette, on rencontrera d'énormes difficultés à faire passer une masse volumineuse par un orifice rigide et étroit.

Nous allons étudier moins rapidement pour quelles causes le placenta est retenu dans l'utérus ; pourquoi l'opérateur a souvent plus de difficultés à l'extraire qu'à le décoller.

§ 1. — **Faiblesse de la puissance contractile de l'utérus.**

Tarnier (1) avait remarqué que « les contractions deviennent plus énergiques et plus fermes à mesure qu'on se rapproche du terme de la gestation : alors elles sont faibles,

(1) TARNIER, *Art des accouchements*, t. I.

indolores, irrégulières et séparées par des intermittences très longues », dit-il, en parlant de l'avortement au 3^e et au 4^e mois.

Kœlliker (1) est du même avis : « les propriétés contractiles de l'organe gestateur sont en raison directe du développement des fibres lisses et l'on conçoit aisément qu'au début de la grossesse, elles sont d'autant moins développées que la conception est moins ancienne ».

L'accroissement de volume de l'utérus dépend, en effet, principalement de l'augmentation que subit la couche musculaire. Cette augmentation est due à l'accroissement de volume des éléments musculaires déjà existants et de la formation de nouveaux éléments, de même nature. Au 3^e et au 4^e mois, cette augmentation est déjà marquée, mais on l'observe surtout au 5^e et 6^e mois.

Aussi, à cette époque, *l'utérus sera-t-il souvent impuissant à décoller le placenta, impuissant surtout à l'expulser, quand il parvient à le décoller.*

§ 2. — Rigidité et longueur du col.

Le ramollissement du col se fait de bas en haut de telle sorte qu'au quatrième mois, l'orifice interne a conservé toute sa rigidité. « Les résultats de l'examen sont peu différents, dit Tarnier, suivant qu'on les considère chez une primipare ou chez une multipare. Chez la première on constate que, *vers le 4^e mois*, par exemple, l'épaisseur des lèvres du museau de tanche *est ramollie dans une étendue*

(1) KOELLIKER, *Microscopische Anatomie*. Leipzig, 1854, t. II, p. 448.

de 3 millimètres environ. A 6 mois, le ramollissement a envahi la moitié de la portion vaginale. »

La dilatation ne se fait que lorsque l'effacement du col s'est produit, et celui-ci ne peut s'effectuer que lorsque le col est complètement ramolli. Comment le délivre va-t-il donc pouvoir sortir de l'utérus dans l'avortement ? Les contractions faibles et espacées de cet organe ne peuvent arriver à modifier l'état du col complètement et rapidement. Dans l'avortement des premiers mois, le travail se fait incomplètement. *Le ramollissement s'opère, mais la dilatation n'attend pas l'effacement complet du col* et celui-ci s'évase en forme d'entonnoir. Quand cet infundibulum a acquis un diamètre suffisant, l'embryon s'y engage peu à peu, la poche des eaux se rompt et il est expulsé au dehors. Le col, après cette expulsion, a tendance à se reformer : il n'a pas subi en effet de modifications complètes. Le délivre est ainsi emprisonné et il ne sera délivré que lorsque de nouvelles contractions viendront ultérieurement favoriser son expulsion, en le poussant contre l'orifice de sortie qu'il pourra peut-être forcer.

« Ainsi donc (1), résistance énorme du côté du col, puissance insignifiante du côté du corps de l'utérus. La lutte n'est pas égale dans la plupart des cas et si le corps est vaincu, le résultat de sa défaite sera la rétention de l'arrière-faix. Si l'on compare le travail de l'avortement à celui de l'accouchement, on voit combien les rôles sont changés. Ainsi tous les moyens employés par la nature pour protéger l'œuf fécondé, deviennent autant de causes de désastre, quand la grossesse est interrompue. »

(1) GERBAUD, Thèse d'agrégation, Paris, 1886.

Le col rigide, long, n'empêchera pas seulement le placenta de sortir de la cavité utérine, ce sera un obstacle sérieux pour le doigt de l'opérateur qui voudra tenter son expulsion. On introduit un, deux doigts à travers son étroit orifice, qui lutte contre leur pénétration dans l'utérus ; mais au prix de quelles difficultés pourra-t-on retirer, à travers cet infundibulum, et les doigts, et la masse placentaire qu'ils retiennent ? Pour s'en rendre compte, il suffit d'examiner quelques placentas abortifs, expulsés spontanément. Nous en verrons se présentant sous la forme d'une masse réduite, resserrée, ramassée sur elle-même. On y remarque quelquefois une dépression circulaire produite par la contraction du col.

§ 3. — Volume énorme du placenta.

Au 3^e et 4^e mois, l'embryon est encore très petit, surtout si on le compare au placenta ; il tracera un chemin étroit par lequel celui-ci aura la plus grande peine à passer. Si le placenta le traverse, ce sera au prix d'efforts considérables qui seront souvent au-dessus des forces de la matrice. Le volume du placenta est donc à ce moment une cause de sa rétention.

Voici, d'après Hecker, les poids du placenta et de l'embryon, au 3^e, 4^e, 5^e mois de la grossesse :

Datē	Fœtus	Placenta
3 ^e mois	44 grammes	36 grammes
4 ^e mois	57 —	80 —
5 ^e mois	284 —	178 —

Ainsi, au troisième mois, le poids du placenta est plus de trois fois supérieur à celui du fœtus. Le col devra donc présenter une dilatation triple au moment du passage du délivre, que lors de l'expulsion de l'embryon. Au 4^e mois, le placenta est encore presque deux fois plus volumineux ; on peut faire le même raisonnement.

« Au 3^e et 4^e mois, dit Gerbaud, le volume du placenta est plus considérable, et cela d'une façon absolue, que celui du fœtus. Si l'on considère en outre que le délivre est spongieux et qu'il ne présente pas aux contractions des fibres musculaires, encore peu développées, un point d'appui suffisant : si l'on se figure qu'au lieu d'adapter sa forme au passage étroit qu'il doit traverser, il se tasse, au contraire, en s'étalant sur le segment inférieur de la matrice, on concevra facilement comment cet ensemble de difficultés peut amener la rétention plus ou moins prolongée de l'arrière-faix. »

Dans le cas de *grossesse gémellaire*, la masse placentaire sera encore plus volumineuse. La rétention alors est la règle. MM. Maygrier et Demelin (1) sur six cas qu'ils rapportent, ont observé six fois la rétention placentaire.

Le volume du placenta n'est pas seulement un obstacle à son expulsion naturelle, mais encore à son extraction manuelle ou instrumentale. Nous verrons que c'est ce volume qui peut être cause d'une petite difficulté dans l'expression abdomino-vaginale et le moyen de la surmonter.

Nous montrerons également que dans l'extraction digi-

(1) MAYGRIER et DEMELIN, Etude sur l'avort. gémel. *Archiv. de Toc.*, 1892.

tales, la mollesse de la masse placentaire spongieuse et glissante est un obstacle sérieux et qu'au contraire, cet état particulier du délivre est avantageux dans l'expression abdomino-vaginale, où le placenta décollé glisse dans l'infundibulum formé par le col, comme une anguille dans la main du pêcheur, qui la presse trop fortement.

CHAPITRE III

Indications de l'extraction du placenta après son décollement.

Plusieurs cas peuvent se présenter :

1° *Une partie du placenta fait saillie à travers l'orifice du col.*

Si l'on n'a aucune complication septique à redouter, il vaut mieux attendre. L'expectation armée sous le couvert de l'antisepsie nous semble être le traitement de choix pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'expulsion de l'embryon, en l'absence de tout accident. Il faut bien se garder (et c'est ce qu'on est tenté de faire si on ne réfléchit pas) de vouloir extraire l'arrière-faix, en tirant d'une façon ou d'une autre sur la partie saillante. On ne peut savoir en effet si le placenta est complètement décollé et on s'exposerait à voir le reste du placenta emprisonné par le col qui, n'étant plus distendu, se referme.

Si, au bout de quatre jours, le délivre n'est pas expulsé, le mieux est d'introduire un doigt pour s'assurer si le placenta est décollé complètement, de procéder à son décollement s'il n'est pas complet et d'extraire l'arrière-faix, soit avec les doigts, soit par l'expression abdomino-vaginale.

2° *Le placenta est tout entier contenu dans la cavité utérine.*

Il peut être décollé, ou ne pas l'être. En l'absence de

toute complication, nous préférons attendre. Mais s'il y a hémorrhagie ou menace d'infection, si l'avortement était gémellaire, si enfin, après quatre jours d'attente dans les fausses couches sans complications, le délivre n'est pas expulsé, il faut intervenir, et de suite.

Après avoir endormi la femme et pris toutes les précautions antiseptiques, on introduit un ou deux doigts dans l'utérus, suivant que les circonstances le permettent. Si l'orifice du col est refermé, on fait la dilatation de suite avec les bougies d'Hegar.

Ou bien le placenta est décollé, on l'extraît avec le doigt ou le procédé de notre maître.

Ou bien il est adhérent, et ce n'est qu'après l'avoir décollé qu'on procède à son extraction.

Ainsi nous tenons un juste milieu entre les interventionnistes absolus et ceux qui n'abandonnent l'expectation que dans les cas graves. C'est, à notre avis, la meilleure conduite à tenir en pareilles circonstances.

CHAPITRE IV

Extraction du placenta après son décollement.

Nous le répétons, nous n'avons en vue que l'extraction du placenta abortif au 3^e, 4^e et au commencement du 5^e mois. Pendant les deux premiers mois l'œuf peu adhérent se décolle en totalité et est expulsé sans difficulté au milieu de caillots. Après le cinquième mois et à la fin de ce mois, lorsque le placenta est décollé, il est généralement expulsé de suite. Sinon la main qu'on peut introduire dans l'utérus en débarrassera facilement cet organe. Nous avons étudié pourquoi il en était autrement au 3^e et 4^e mois. Les difficultés qu'on rencontre à extraire l'arrière-faix à cette époque, qu'il ait été décollé par la nature, le doigt ou la curette, expliquent les nombreuses méthodes qu'on a proposées dans ce but. Nous allons en faire l'étude dans ce chapitre, nous réservant de décrire à part le procédé que notre maître a indiqué et décrit avec soin.

Nous allons diviser cette étude en trois parties. Nous noterons rapidement les différents moyens médicaux employés dans ce but ; en second lieu, nous décrirons l'extraction instrumentale du placenta après son décollement, enfin son extraction digitale.

§ 1. — Moyens médicaux.

Nous n'insisterons pas sur les *vomitifs* que les médecins grecs et romains, donnaient aux femmes pour expulser le placenta. Ce procédé par trop primitif a été abandonné depuis des siècles, devant le peu de résultats qu'on en obtenait et l'état grave dans lequel on mettait les malades.

Challier, à l'exemple des médecins américains, recommande dans sa thèse, en 1866, l'emploi de l'*ergot de seigle* et en vante les bons effets.

Mais on sait aujourd'hui que l'ergot agit en même temps sur les fibres musculaires du corps et du col. Au 3^e et 4^e mois, le tissu musculaire du col est plus développé que celui du corps. Si on donne de l'ergot, le col se contractera plus énergiquement que le corps, et le placenta au lieu d'être expulsé, sera plus étroitement enfermé dans la cavité utérine.

Tous les accoucheurs sont unanimes aujourd'hui à en rejeter l'emploi. « Tant que l'utérus renferme quelque chose, enfant, placenta ou caillots, ne donnez jamais d'ergot » (Pajot). « L'interdiction du seigle ergoté pendant l'avortement est un des axiomes de l'obstétrique » (Tarnier). « Il faut proscrire sans réserve son emploi, car l'on sait et nous venons de voir combien il est dangereux d'y avoir recours quand la délivrance est terminée » (Bar) (1).

Le *sulfate de quinine* semble avoir donné de bons résultats pour amener l'expulsion du délivre, si l'on en croit

(1) BAR, Thèse d'agrégation, Paris, 1883.

les observations de Cordes (de Genève) et de Schwab. On administre ce médicament à la dose de 1 gr., 1 gr. 50 par cachets de 0 gr. 50 centigrammes, que l'on donne à dix minutes d'intervalle. Quand l'expulsion doit se produire, elle a lieu dans les douzes heures qui suivent l'administration du sulfate de quinine. D'après les travaux publiés à ce sujet, le sulfate de quinine agirait surtout sur les fibres musculaires du corps utérin : celles du col seraient peu ou pas influencées. On explique ainsi les heureux résultats qu'on a obtenus de ce médicament.

On pourra donc dans certains cas, lorsque l'extraction du placenta ne doit pas être faite immédiatement, ordonner du sulfate de quinine, mais quand l'infection est menaçante, quand la femme est sous le chloroforme et que le placenta a été décollé par le doigt ou la curette, mieux vaut procéder de suite à son expulsion.

§ 2. — Extraction instrumentale.

De nombreux instruments ont été imaginés pour extraire le placenta après décollement. Tous dérivent de plus ou moins loin de la pince à faux germe de Levret. Nous allons donc commencer par décrire celle-ci. « C'est une pince à jonction passée dont chaque branche a, dans sa partie supérieure, un cuilleron oblong, fenêtré et légèrement courbe. Ces cuillérons laissent entre eux un espace suffisant pour loger le placenta dont une partie, passant au travers des fenêtres, assure la prise de l'instrument sur ce corps (1). »

(1) TARNIER, *Asepsie et antiseptie dans l'obstétrique*, 1886,

Pour introduire cette pince, on agit comme avec le forceps. Le doigt servant de guide, on introduit une branche à gauche, l'autre à droite, on articule et on extrait ainsi le placenta retenu entre les deux mors fenêtrés de l'instrument. Tarnier, dans son *Traité d'asepsie et d'antisepsie en obstétrique*, fait remarquer qu'il faut que le placenta soit libre dans la cavité utérine : « le décollement du placenta est, en effet, une des conditions nécessaires pour se servir de la pince de Levret, qui agit dans ce cas, comme toute autre pince à larges mors. C'est pour l'avoir employée alors que le placenta n'était pas décollé que nombre d'accoucheurs ont subi des échecs : rien d'étonnant d'ailleurs à ce que la pince ne saisisse pas le placenta, qui n'est pas libre dans l'utérus. »

Tarnier était en effet un partisan convaincu de la pince : « Or, il faut être convaincu de ce fait, aujourd'hui indéniable que presque toujours, sinon toujours, nous parvenons à dilater suffisamment l'utérus pour y faire pénétrer un doigt, deux doigts ou même la main, et par conséquent pour décoller le placenta avec les doigts sans avoir besoin de nous adresser à des instruments et qu'en définitive *c'est seulement pour entraîner au dehors des cotylédons détachés que la pince peut être utile.* »

Et plus loin : « la curette peut décoller le placenta et la caduque utérine, mais elle est quelquefois insuffisante à les entraîner au dehors ; *aussi est-on obligé assez souvent de recourir à une pince à mors larges, qui, sous le contrôle du doigt, saisit les cotylédons placentaires devenus libres ; la pince joue un grand rôle ; on peut même dire que, bien des fois, elle fait plus de besogne que la curette, dont, malgré lui, l'opérateur redoute l'action brutale.*

Il nous a laissé la manière de procéder à l'extraction du délivre avec la pince. « Dans un certain nombre de cas, on parvient bien à décoller le placenta avec les doigts, mais on ne parvient pas à l'extraire parce que les doigts ne fournissent pas une prise assez solide. Si on rencontre cette petite difficulté, on se trouvera bien de se servir de pince de forme appropriée. Une longue pince à pansement utérin ou, de préférence, une pince à larges mors, sera glissée sur les doigts et introduite dans l'utérus au contact des cotylédons placentaires qu'elle saisira solidement et amènera au dehors. Si le col est peu dilaté, les cotylédons trop volumineux ne pourront pas traverser l'orifice interne sans le déchirer ; mais malgré cela tout ce qui est compris entre les mors de la pince sera entraîné et on en sera quitte pour introduire l'instrument plusieurs fois de suite, et répéter la manœuvre jusqu'à ce que le doigt indique qu'il ne reste plus rien dans l'utérus. »

Parmi les transformations que les médecins ont fait subir à la pince à faux germe de Levret, en la dotant d'un nouveau nom, signalons celles de Klüge (pinces de Klüge et de Hohl (pinces forceps de Hohl). Les Allemands se servent surtout d'une pince spéciale qui sert à extraire les polypes faisant saillie dans la cavité utérine (pinces à polypes).

Quelle que soit la pince employée, l'intervention reste la même et il nous reste à discuter si elle est justifiée par la clinique.

De l'avis de beaucoup d'accoucheurs, lorsqu'on rencontre de la difficulté à extraire le placenta décollé, les instruments ne sont pas supérieurs au doigt : « Le placenta

après son décollement complet, pourra bien être retiré de l'utérus et amené au dehors par la pince, pas mieux que par la main » (1).

C'est l'avis de Mme Lachapelle (2) : « Quant à l'extraction forcée, et aux instruments conseillés dans cette vue comme la pince à faux germe de Levret, je n'en ai jamais tenté l'emploi, que je regarde comme impossible dans le cas d'occlusion complète, comme inutile dès que le col de la matrice est ouvert, et comme toujours dangereux.... deux doigts suffisent pour cette opération. »

Ainsi pour Mme Lachapelle, l'usage de la pince n'est pas seulement inutile, mais encore dangereux. M. le professeur Budin est du même avis (3) : « *Je regrette l'emploi des pinces et de la curette qui sont des instruments aveugles et dangereux.* »

D'un autre côté, Tarnier écrivait, en 1893 : « à eux seuls, du reste, *la pince et l'écouvillon peuvent, complètement et sans danger, vider un utérus dans lequel est retenu un placenta abortif décollé* ». M. Doléris emploie encore aujourd'hui la pince.

Que faut-il conclure ? La pince est-elle, oui ou non, un instrument dangereux ? Faut-il continuer à l'employer pour extraire le placenta décollé ou en rejeter l'usage d'une façon absolue ? Avant d'entrer dans cette discussion, qu'il nous soit permis d'exposer en entier une observation d'Alberti de Postdam, que nous avons traduite mot à mot, tant

(1) AUDEBERT, Thèse de Bordeaux, 1890.

(2) MME LACHAPELLE, *Pratique d'accouchements*.

(3) Compte rendu de la séance d'obstétrique du 8 juillet 1897. *Bulletin médical*.

son importance et son retentissement dans le monde médical nous ont paru grands.

OBSERVATION du professeur ALBERTI (de Postdam) (1).

Mme Krüger, ouvrière, âgée de 32 ans, de constitution faible. Elle a eu cinq accouchements, le dernier il y a 6 ans. Les règles sont abondantes et régulières.

Après les dernières règles qui datent des premiers jours d'octobre 1892, une forte perte de sang aurait fait croire à la parturiente que ses règles étaient revenues. L'hémorrhagie plus ou moins intermittente dure un mois. Pendant les premières semaines de novembre, ces pertes deviennent plus abondantes et fétides : la malade s'affaiblit de jour en jour.

Le 15 novembre, les douleurs et l'hémorrhagie augmentent et la malade appelle un médecin. Celui-ci trouve la femme très pâle, le pouls est petit et dépressible ; l'utérus est augmenté de volume ; l'orifice interne du col n'est pas ouvert. Dans le col, le doigt rencontre de petits caillots fibreux fétides. Le médecin diagnostique avortement incomplet et décide de faire le curettage.

Après une injection au lysol, il pénètre dans l'utérus avec la curette de Roux, qu'il ramène deux fois et *il introduit une pince à polypes pour extraire le placenta abortif. Il s'aperçoit que la masse qu'il attire à travers le col est une anse intestinale.* Il n'y avait pas eu d'hémorrhagie et la malade n'avait eu que des nausées et des tendances à la syncope. Il entoure de gaze iodoformée l'anse intestinale, et fait entrer la malade à l'hôpital St-Joseph, où je l'ai vue trois heures après la perforation. Elle était pâle, très faible. La peau est sèche et chaude ; le pouls petit bat à 131.

Le ventre légèrement enflé est sensible à la pression. Dans le vagin, on voit, après avoir retiré la gaze iodoformée, une anse de l'intestin grêle rouge et cyanosée.

(1) ALBERTI (de Postdam), Ein Fall von Perforation des Uterus. *Centralb. für Gynæcol.*, 29 septembre 1894.

La laparotomie immédiatement faite, montre que l'intestin s'est échappé par une déchirure de quatre centimètres, située sur le côté droit de l'utérus. L'anse était très étranglée ; on ne pouvait la réduire. Elle était engagée et serrée (comme on pouvait en juger par l'introduction du doigt le long de cette anse) par l'orifice interne du col. Pendant que j'introduisais un doigt de haut en bas, mon assistant introduisait son index de bas en haut jusqu'à ce que les deux doigts se rencontrent. Je fis alors deux incisions sur l'orifice interne avec le bistouri de Seiler et je pus enfin la réduire. L'anse étranglée mesurait 17 centimètres et présentait à ses deux extrémités deux trainées bleu-noirâtre ; le mésentère présentait une petite déchirure causée par la pince à polypes. Je retire cette anse de la cavité abdominale et la lave dans une solution de chlorure de sodium à 3/100. La déchirure s'étendait du bord droit de l'utérus à l'orifice interne du col et mesurait trois centimètres. Les bords ne saignaient pas, et pourtant le muscle utérin était mou et relâché, d'aspect cireux. L'utérus était si mince que nous ne pûmes faire qu'avec peine quatre sutures de Lembert. Je suture également une autre petite déchirure située sur le ligament large droit. Pendant que je faisais la suture de l'utérus, deux petites masses de placenta, grosses comme des pois, se sont échappées de la cavité utérine. Aussi, après avoir fait la suture de la paroi abdominale, j'introduisais la curette de Roux. Je fis le curettage avec la plus grande précaution et en craignant à chaque instant de perforer l'utérus, tant la paroi en était mince.

La guérison de la plaie se fit bien. La température du soir était de 38°2 et redevint normale dès le lendemain, bien que le poulx au bout de 6 jours, battit encore à 130. Le ventre est flasque et peu sensible. Les vents intestinaux reparurent au bout de deux jours et, le 4^e jour, la malade alla à la selle après un lavement.

La malade s'était déjà levée quand, quatre semaines après, survinrent des hémorrhagies abondantes et que rien ne put arrêter.

Je résolus après hésitation, de faire un nouveau curettage et je retirai des débris de la caduque inter-utéro-placentaire. L'hémorrhagie cessa, mais récidiva quelques jours après. Nouveau curettage, attouchement à la teinture d'iode.

La malade était enfin définitivement guérie. Elle est réglée de nouveau et régulièrement, mais n'a pas été enceinte depuis son dernier avortement.

Alberti conclut, de cette observation, que la pince qui peut perforer l'utérus et l'intestin, est un instrument dangereux, plus dangereux que la curette même.

Cette observation fut suivie d'une série de révélations sur les accidents occasionnés par l'emploi de la pince.

Nous résumerons le cas de Fleischmann en quelques lignes. Il s'agit d'une femme de 34 ans de Dohling, qui, dans la nuit du 28 au 29 juillet 1885, a fait un quatrième avortement de trois mois. Un accoucheur très distingué veut retirer les débris de placenta avec une pince à polypes. Il perfore l'utérus et attire une anse intestinale jusqu'à la vulve. La malade est amenée dans le service de Fleischmann qui ne peut réduire l'anse intestinale et fait immédiatement la laparotomie. On dégage l'intestin et on suture l'utérus. L'anse était dans un tel état qu'il fut obligé d'en réséquer 24 centimètres. Pendant huit jours l'état général de la femme fut mauvais. Un abcès du ligament fut alors incisé; au bout de trois mois la malade quitte l'hôpital, complètement guérie.

Voici deux cas où l'habileté des chirurgiens parvint à sauver la vie des malades, mise en danger par les accidents dus à l'usage de la pince. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi.

Orthmann, Veit (1), Obshausen, Mann (2), Gusseron ont cité des observations de ce genre, suivies de mort.

(1) VEIT, *Société obstétricale de Vienne*, 29 juin 1894.

(2) MANN, *Journal of obstetr.*, mai 1895.

Veit (de Leyde) cite un cas, où après curage digital, on avait introduit une pince pour retirer le placenta. L'utérus fut perforé et on amena une anse intestinale au lieu de l'arrière-faix. La malade succomba à la suite de l'intervention chirurgicale.

Gusseron cite un cas analogue. La pince attira une anse avec son épiploon. On fit la laparotomie, suivie d'hystérectomie. La malade résista à l'opération, mais une trombose de la fémorale causa malheureusement sa mort, 25 jours après l'opération.

Martin (1) a observé pour sa part trois cas analogues. Il cite entre autres, le cas d'un jeune médecin, qui voulant extraire le placenta avec la pince à polypes, retira à travers l'orifice du col 75 centimètres d'intestin, croyant avoir affaire au cordon. La mort s'en suivit naturellement et le médecin fut traduit devant les tribunaux et condamné.

Un exemple de ces terribles accidents s'est encore produit récemment en France et tous les médecins se souviennent que la perforation de l'intestin grêle, produite par l'introduction d'une pince dans l'utérus, fut la cause de la mort de la malade de Boisieux et du douloureux procès qui émotionna si vivement le corps médical.

On n'osera plus soutenir, croyons-nous, après l'exposé de ces révélations que la pince est un instrument inoffensif. Et, il faut bien l'avouer, les cas non publiés doivent être nombreux, plus nombreux que ceux que nous connaissons ; on aime peu à parler de ses défaites et tout le monde n'a pas le courage d'avouer publiquement des cas aussi graves.

(1) MARTIN, Société de gyn. de Berlin, *Presse médicale*, 1894.

La pince est une cause fréquente de perforation de l'utérus. Ce serait déjà une cause pour en rejeter l'emploi bien que des médecins allemands se soient amusés à produire volontairement de ces perforations pour en montrer le peu d'importance.

Au lieu d'attirer le placenta, on attire quelquefois l'intestin qui s'étrangle et on expose la malade à une mort à peu près certaine.

Jamais nous ne nous servirons donc de cet instrument aveugle et si dangereux pour extraire le placenta même après son décollement.

Pajot (1) avait imaginé pour saisir le placenta emprisonné dans l'utérus hors de la portée du doigt *une curette articulée*, dont l'extrémité en forme de spatule arrondie peut se recourber comme ferait le doigt lui-même. Nous ne croyons pas cet instrument supérieur au doigt replié en crochel et, si on ne peut extraire ainsi le placenta, on aura recours à l'expression abdomino-vaginale.

Tarnier (2) *indique une méthode mixte*, « on pourrait encore au lieu de pince, introduire une tige quelconque, par exemple une curette. Cet instrument servirait de point d'appui pour fixer contre les doigts les cotylédons placentaires qu'on entraînerait alors plus facilement ; il est bien entendu que, dans ce cas, la curette ne serait pas employée pour décoller le placenta, mais seulement pour le saisir ».

On peut, à la rigueur employer ce procédé.

Nous terminerons, en faisant remarquer que les injections intra-utérins et l'écouvillonnage, ne peuvent avoir la

(1) PAJOT, *Traité d'obstétrique et de gynécologie*, 1889, p. 216.

(2) TARNIER, *Asepsie et antiseptie*, 1893.

prétention de produire l'expulsion de gros fragments de placenta ; ils ne peuvent qu'entraîner au dehors des parcelles très minimes, donner le dernier « coup de balai » suivant l'expression si imagée de M. Doléris.

§ 3. — **Extraction digitale.**

Nous n'emploierons donc jamais d'instruments pour extraire le placenta décollé. Mais il faut pourtant en délivrer l'utérus, comment allons-nous nous y prendre ?

Le doigt suffit dans la majorité des cas : lorsque le col laisse pénétrer deux doigts, on les replie en crochet et le plus souvent on parvient ainsi à extraire l'arrière-faix, non sans quelque peine, il est vrai. Si les débris sont volumineux, ils flottent ça et là dans la cavité utérine, et ces masses spongieuses, molles, glissent entre la paroi utérine et les doigts, qui veulent les retenir. Lorsqu'on voit qu'il est difficile d'attirer ces morceaux placentaires au dehors, mieux vaut recourir de suite à l'expression abdomino-vaginale.

Lorsque le placenta a été détaché d'un seul bloc, il est à peu près impossible de l'attirer au dehors à travers l'orifice du col, dont les doigts diminuent encore le diamètre. Il faut, avant de chercher à l'extraire, le dilacérer en deux ou trois tronçons qui pourront être ainsi plus facilement expulsés.

On a encore proposé de saisir le placenta entre les deux doigts (dans l'espace interdigital) qui feraient fonction de pince. Mais nous croyons peu à l'efficacité de cette manœu-

vre : les doigts ont peu de force dans la direction où on les fait agir et le placenta glissera facilement entre eux.

Si le col ne livre le passage qu'à un seul doigt, les difficultés sont encore plus grandes. M. Budin donne le conseil de faire pénétrer ce doigt dans le placenta au-dessus des vaisseaux : ceux-ci formeront un plan assez résistant dans certains cas pour permettre à l'opérateur d'extraire le délivre.

C'est dans ces cas surtout que l'expression abdomino-vaginale pourra nous rendre un service marqué, en nous permettant de laisser de côté les pinces, dont les dangers sont si redoutables. C'est ce procédé qui fait le sujet du prochain chapitre.

CHAPITRE V

Expression abdomino-vaginale.

Hardy, Mac Klintock, Mauriceau (1) au XVIII^e siècle préconisèrent les premiers l'expression utérine pour décoller et expulser le placenta. Crédé (2) en a été le principal vulgarisateur. « On applique, écrit-il, la main sur l'utérus après l'expulsion du fœtus et l'on se borne à faire quelques légères frictions sur la plus grande surface possible de l'utérus, puis, quand on sent l'utérus se contracter, on saisit avec une main, ou les deux, le fond de l'utérus et, quand la contraction est arrivé à son summum d'intensité, on presse sur le fond et sur les parois en le poussant vers le petit bassin. Tout l'arrière-faix et le sang coagulé sont expulsés hors des organes génitaux, puis l'utérus revient sur lui-même à une hauteur normale. Presser sur l'utérus non en contraction est une faute et cela ne conduit pas au but. »

Cette méthode ne peut être employée dans le cas de rétention après l'avortement et, si elle a des avantages ce n'est qu'au moment de l'accouchement.

Voyons pour quelles raisons.

Au deuxième, au troisième et au quatrième mois, l'utérus est encore peu volumineux et il est abaissé : on sait

(1) MAURICEAU, *Maladies des femmes grosses et des accouchées*, 1868.

(2) CRÉDÉ, *Expression utérine*, 1852.

que le col est facilement accessible au début de la grossesse. Il dépassera à peine le détroit supérieur, et restera presque complètement inclus dans le bassin. On ne peut donc, à travers la paroi abdominale, prendre et encore moins faire l'expression d'un organe, qu'on parvient à peine à sentir.

Si l'on parvient, en déprimant fortement la paroi abdominale, à en atteindre la paroi antérieure, l'utérus fuira sous la main et ne pourra être comprimé. Et pourtant l'expression devrait être forte; les parois de l'utérus sont épaisses, peu contractiles, l'orifice du col est très étroit et le placenta volumineux.

Les auteurs qui ont recommandé l'expression utérine n'avaient certes pas en vue l'époque de l'avortement.

Aussi, dès 1877, *Martin* (1) songea-t-il à modifier l'expression utérine pour pouvoir utiliser ce procédé dans le cas d'avortement: « Tant que l'utérus n'est pas accessible par la paroi abdominale, il faut se contenter de placer une main sur l'hypogastre tandis que l'autre est introduite dans le vagin et comprime fortement le col de l'utérus ». Généralement, il plaçait la main dans le cul-de-sac postérieur et c'est grâce à une sorte de rétroversion que l'expulsion peut se faire.

Mais *Martin* demandait trop à ce procédé; il voulait ainsi décoller et extraire le placenta. Aussi renouça-t-il à un procédé qui ne lui donnait aucun résultat, et il revint à sa première opinion: « Dans l'avortement mieux vaut avoir recours au curettage de l'utérus, qui est plus pratique ».

(1) MARTIN, *Leitfaden der operativen Geburtshilfe*, Berlin, 1877.

Schrøder et Høning, qui essayèrent cette méthode, l'abandonnèrent presque immédiatement, et ce procédé tomba dans un complet oubli.

Lorsque les révélations de Veit, d'Alberti et de Fleischmann vinrent montrer les dangers de la pince, M. le professeur Budin chercha un procédé pour éviter de pareils accidents.

Il proposa, après avoir décollé le placenta avec le doigt, de comprimer l'utérus entre la main placée sur la paroi abdominale et l'angle sacro-vertébral. Ce procédé peut donner des succès, mais trop souvent l'utérus mobile glisse entre la main et l'angle sacro-vertébral, et échappe ainsi à toute compression.

Aussi M. Budin chercha mieux. Partisan du curage digital pour le décollement du placenta, il préconisa alors l'expression abdomino-vaginale qui le complète d'une façon si parfaite : le doigt décolle le placenta, l'expression abdomino-vaginale l'expulse immédiatement après. Ce procédé très simple peut être pratiqué par tous les médecins : il ne fait courir à la femme aucun risque.

Manuel opératoire. — La femme est profondément endormie par le chloroforme, tandis qu'une main fixe l'utérus à travers la paroi abdominale, un ou deux doigts de l'autre main, introduits dans la matrice, détachent complètement le placenta. Si celui-ci est trop volumineux, comme dans le cas de grossesse gémellaire par exemple, ces doigts le dilacèrent en deux ou trois masses. Cela fait, on retire le doigt ou les doigts de l'utérus et on introduit dans le cul-de-sac postérieur du vagin, deux ou trois doigts de la main droite de préférence (B) en le déprimant doucement,

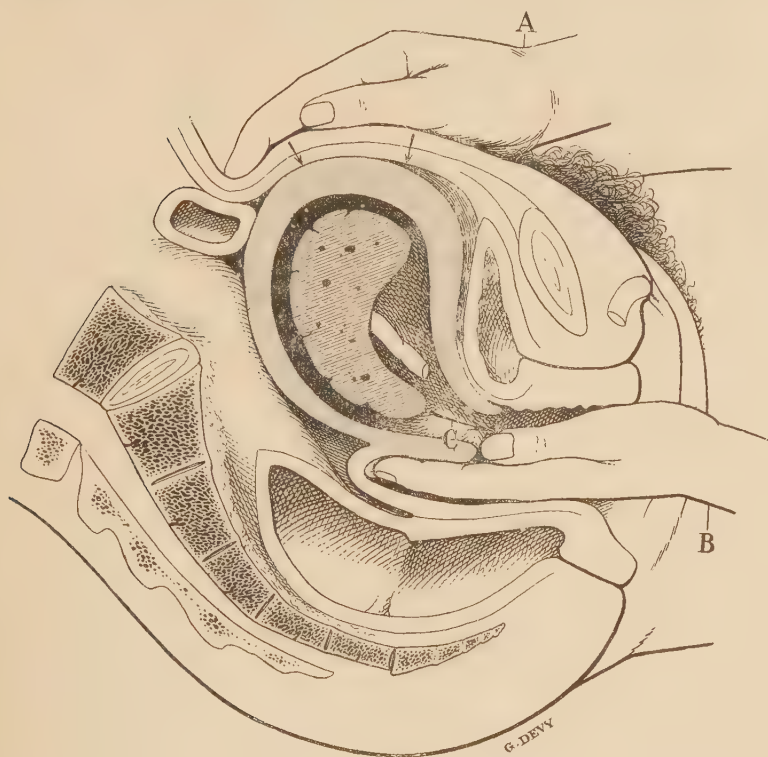
pour remonter le plus haut possible derrière la face postérieure de l'utérus. La face palmaire de cette main regarde la symphyse pubienne.

De la main gauche (A), placée sur l'hypogastre, on déprime fortement la paroi abdominale relâchée par l'action du chloroforme et on appuie de la paume de la main et des doigts recourbés en crochet, sur la face antérieure et le fond de l'utérus. La matrice est ainsi fortement comprimée entre les deux doigts placés dans le cul-de-sac postérieur et la main qui appuie sur le ventre, comme une poire de caoutchouc que l'on serre dans la main, le placenta glisse dans l'orifice du col et vient tomber brusquement dans la paume de la main droite (comme un noyau de cerise pressé entre deux doigts) (flèche C), qui le retire du vagin.

Jusqu'ici le procédé a toujours réussi. Il réunit toutes les conditions favorables à l'extraction du placenta abortif. En effet, cette expression supplée aux contractions musculaires insuffisantes ; le col qui présente, quand un doigt a pénétré dans l'utérus, un orifice minimum de 2 centimètres de diamètre, de 4 centimètres au moins quand on est parvenu à introduire deux doigts, s'entrouvrira encore légèrement sous l'influence de l'expression. L'infundibulum ne sera rétréci par l'introduction d'aucun doigt ou instrument et le placenta, masse molle et glissante, s'y engagera facilement, sous l'influence des contractions utérines, et surtout, sous celle de la pression abdomino-vaginale.

Par l'expression abdomino-vaginale, on évite de se servir d'instruments qui vont perforer l'utérus, entraîner

l'intestin, causer la mort des malades et on extrait constamment, avec facilité, le placenta abortif après son décollement. Qu'il nous soit permis, pour appuyer ces affirma-



EXPRESSION ABDOMINO-VAGINALE.

NOTE. — Sur cette figure, c'est la main gauche qui est introduite dans le vagin et la main droite qui appuie sur la paroi abdominale. L'opérateur dans ce cas particulier se tient à gauche de la malade. Généralement on se place à droite de la femme et ce sont deux doigts de la main droite qui sont introduits dans le cul-de-sac postérieur du vagin.

tions, de donner quelques observations prises dans le service de M. le professeur Budin. Elles montrent la facilité

de cette manœuvre que nous avons toujours vue couronnée de succès. Elles prouvent que le praticien peut sans aucun danger expulser le placenta et qu'on ne doit plus, sous aucun prétexte, se servir de la pince. « instrument aveugle et dangereux » comme le répète constamment notre maître.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (inédite).

Clav..., domestique, multipare, 4^e grossesse. Entrée le 26 mars 1898 pour un avortement incomplet de 3 mois 1/2.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont bien portants, elle a trois frères en bonne santé. Elle a perdu un frère à 14 ans de méningite, un autre à 1 an de diphtérie et une sœur à 6 ans de fluxion de poitrine.

Antécédents personnels. — La malade n'a pas fait de maladie antérieure. Elle a eu à 13 ans 1/2 ses premières règles, qui depuis sont régulières, non douloureuses et durent huit jours.

La malade est à sa quatrième grossesse : aucune d'elle n'a pu être menée à terme.

1^{re} grossesse en 1893, s'est terminée à la Charité par l'accouchement prématuré d'un fœtus macéré de 7 mois 1/2.

2^e grossesse en 1896. Accouchement prématuré à 6 mois 1/2 d'une fille qui a vécu 6 jours.

3^e grossesse en 1897. Fausse couche de deux mois, sans accident.

Grossesse actuelle. — Elle vient de se terminer par une fausse couche de 3 mois 1/2.

Au mois de décembre, la malade a eu ses règles comme d'habitude du 1^{er} au 8. En janvier, elle a eu des pertes du 6 au 14 avec un retard de six jours : le sang, très pâle, contenait de petits caillots. Le 14 janvier, croyant ses règles terminées, elle a des rapports sexuels ; le lendemain, 15 janvier, nouvelles pertes de sang qui cessent le 16.

Depuis le 20 janvier, la malade est très courbaturée. Elle a continuellement des maux de tête, des nausées, mais pas de vomisse-

ments. L'anémie est complète, elle a du dégoût pour tous les aliments.

Elle n'a pas eu ses règles au mois de février, mais du 6 au 17 mars, elle perd continuellement un sang pâle, auquel sont mêlés de petits caillots.

Du 17 au 25 mars, l'écoulement devient irrégulier : la malade perd un jour et reste deux jours sans voir. Pendant cette dernière période, il lui arrive quelquefois de perdre des caillots sans qu'il y ait écoulement de sang liquide.

Vendredi dernier 25 mars, la malade est prise à 5 h. 1/2 de l'après-midi de douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs apparaissent toutes les cinq minutes et deviennent de plus en plus fortes. A 11 heures du soir, après une douleur encore plus violente que les autres, elle expulse un caillot gros comme une orange.

La malade entre dans le service le samedi 26, perdant du sang et des caillots. A ce moment la température égale 38°6 ; le pouls bat à 128. L'examen de la malade à 10 h. 1/2 du matin montre un utérus gros, avec un col mou, perméable à son orifice externe, fermé à son orifice interne.

A 1 h. 1/2 de l'après-midi, on trouve un col assez largement ouvert et le doigt arrive sur le placenta. On fait une injection intra-utérine avec du sublimé à 1/4000, suivie d'une injection d'eau bouillie, puis on met une mèche de gaze iodoformée dans le vagin.

On donne ensuite 2 grammes de sulfate de quinine pris à 10 minutes d'intervalle. Dans la journée et surtout dans la nuit, la malade a des douleurs assez fortes, mais le placenta n'est pas expulsé.

Le soir, température : 37° Pouls : 96

Le 27 mars la malade a encore perdu un peu de sang et a quelques douleurs légères.

Matin Température : 37°4 Pouls : 88

Soir » 37° » 88

Le 28 mars au matin elle a 37° de température et 76 pulsations à la minute. M. le professeur Budin examine la malade et trouve le col perméable. En présence de l'élévation de température que la malade a présentée à son entrée à l'hôpital et de l'insuccès du sulfate

de quinine pour expulser le placenta, il décide de faire le curage digital de la cavité utérine.

La malade étant endormie et l'asepsie des organes génitaux faite, M. Budin, introduit difficilement son doigt dans la cavité utérine et, en décollant le délivre, il constate que le placenta adhère fortement à la paroi antérieure de l'utérus, qui est épaissie et dure. *Le peu d'extensibilité de cette paroi met obstacle à l'extraction du placenta que M. Budin est obligé de dilacérer et d'exprimer par fragments en comprimant l'utérus avec deux doigts introduits dans le vagin et la main gauche, qui, à travers la paroi abdominale, presse sur le fond de l'utérus et l'abaisse.*

La délivrance effectuée, M. Budin, pratique de nouveau le toucher intra-utérin, après injection intra-utérine. Il constate alors que la paroi postérieure de l'utérus est lisse et unie et que l'épaississement qu'il avait constaté sur la paroi antérieure est dû à une tumeur dure, du volume d'une moitié d'œuf de dinde, qui fait saillie dans la cavité utérine et remonte jusqu'à un centimètre du fond de l'utérus.

Le placenta qui prenait ses insertions sur ce fibrome, sur la partie libre de la paroi antérieure et sur le fond de l'utérus, est un placenta de 3 mois 1/2. M. Budin termine par un écouvillonnage de la cavité utérine avec des écouvillons trempés dans le sublimé et des écouvillons trempés dans une solution de glycérine créosotée au 1/3, et par un drainage du col avec de la gaze iodoformée.

Le soir, température : 37°4 Pouls : 84.

La présence du fibrome expliquerait ce fait que la malade n'a jamais pu mener à terme ses grossesses qui toutes se sont terminées, soit par des accouchements prématurés, soit par des avortements. Jusqu'au mois de janvier dernier, le fibrome ne s'est manifesté par aucun signe. La tumeur paraît s'être révélée pour la première fois au mois de janvier, par des hémorrhagies qui ont duré 8 jours, elles ont apparu 6 jours après l'époque présumée des règles et la malade les a prises pour ses règles.

Ces hémorrhagies se sont montrées de nouveau du 6 au 17 mars et ne se sont complètement terminées qu'après la fausse couche et la délivrance artificielle.

Pendant les 3 jours qui ont suivi l'intervention, la température a oscillé autour de 37°. Le 30 mars au soir, la malade est prise d'une forte douleur au niveau des seins et d'une fièvre intense. La température monte à 39° 4. La pression des seins fait sourdre une assez grande quantité de lait. M. Budin fait faire une injection intra-utérine et la compression des seins. Le 31, au matin, 38° 4.

La douleur du sein a disparu sous l'effet de la compression.

Les injections utérines sont continuées les 1^{er} et 2 avril, puis remplacées par des injections vaginales jusqu'au 6. jour du départ de la malade. Du 1^{er} au 6, la température avait oscillé entre 36° 8 et 37° 5.

OBSERVATION II (inédite).

Avortement de quatre mois fait en ville, rétention du placenta, délivrance artificielle, persistance des règles pendant la grossesse.

Marie Pat..., 29 ans, blanchisseuse, entrée le 10 mars 1898, lit n° 52 à la clinique Tarnier.

La malade couchée au n° 52 est entrée à la clinique Tarnier le 10 mars à 3 heures du soir, à la suite d'une fausse couche qu'elle avait faite en ville dans la journée et pour laquelle elle n'avait pas été délivrée.

Elle n'offre rien de particulier dans ses *antécédents*. A fait une rougeole à 6 ans et une scarlatine à 10 ans, elle a toujours été d'une bonne santé. Elle a commencé à marcher à 9 mois. Ses règles se sont établies à 11 ans et depuis elle a toujours été régulièrement réglée. Ses règles durent 6 jours. Les trois premiers, le sang s'écoule abondamment, pendant les trois derniers, l'écoulement plus clair se fait en moins grande quantité.

Rien à noter dans ses *antécédents héréditaires*. La mère est morte d'une affection abdominale, que la malade ne peut préciser. Le père est mort des suites d'un accident. Elle a un frère et une sœur vivants et bien portants.

La malade a eu 3 grossesses. Les deux premières se sont terminées spontanément, à terme, par la naissance de deux garçons actuellement bien portants.

La troisième grossesse est celle qui vient de se terminer par une fausse couche. Elle paraît remonter à la fin de novembre sans qu'on puisse préciser plus exactement. Les règles de novembre avaient duré 6 jours comme d'habitude, la malade a continué à perdre en décembre, janvier et février. L'écoulement commençait à l'époque présumée des règles, mais à ces trois dernières périodes, elles ne duraient que 4 jours au lieu de 6 et étaient moins abondantes que d'habitude.

A part ces changements dans le caractère des règles la malade n'a éprouvé aucun symptôme de grossesse, si ce n'est des nausées survenant le matin au réveil. Ces nausées disparaissaient après le premier repas. La malade n'attachait d'ailleurs aucune importance à ce signe, car, bien qu'on ne puisse relever chez elle aucune tare d'éthylisme, elle a tous les matins, même en dehors de la grossesse, des envies de vomir.

Au mois de janvier dernier, la malade ressentant des douleurs dans le bas-ventre, va consulter un médecin, qui la soigne pour une métrite. On lui met des tampons dans le vagin. Elle va cinq à six fois voir ce médecin, puis, le 15 février, voyant qu'aucune amélioration ne survient, elle cesse tout traitement.

La malade a donc toujours ignoré son état de grossesse, alors que dans les deux grossesses précédentes, elle avait eu la suppression de ses règles et des vomissements.

Le 5 mars dernier, la malade manque de tomber. Trois jours après, le 8 mars, elle est prise de douleurs. Elle garde le repos absolu au lit pendant 2 jours. Le 10 mars, à 2 heures du matin, voyant qu'elle perdait de l'eau, elle fait appeler un médecin. Celui-ci croit à une fausse couche et fait venir une sage-femme.

A 4 heures du matin, un fœtus de 4 mois est expulsé. La sage-femme, voyant que la cliente avait de la fièvre et que le placenta était resté dans la cavité utérine, amène la malade à la clinique Tarnier.

A l'examen, on voit que l'utérus remonte à 3 travers de doigts au-dessus de la symphyse. Le col est long, ouvert ; l'orifice interne permet l'introduction du doigt : on n'arrive pas sur le placenta ; le

cordon n'existe pas. Il s'écoule par la vulve un liquide fétide. La température vaginale est égale à 39°, le pouls bat à 108.

M. Budin prévenu fait donner une injection intra-utérine au sublimé, suivie d'une injection de deux litres d'eau bouillie. On fait ensuite un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée. Température du soir : 38°4.

Le lendemain matin (11 mars) la température est de 37°8, le pouls est à 108. Le col est dans le même état que la veille, les lochies sont à peine fétides. Comme la malade n'a pas de fièvre, que l'utérus a tendance à se contracter, M. Budin conseille d'attendre et d'administrer 2 grammes de sulfate de quinine à prendre en deux paquets à dix minutes d'intervalle. La quinine, mal administrée, — les paquets ont été donnés à deux heures d'intervalle, — ne produit aucun effet.

Le 12 mars, au matin, la température étant à 38°9 et le pouls à 124, M. Budin décide de procéder immédiatement à l'extraction du placenta.

La malade étant endormie, la toilette des organes génitaux faite, M. Budin constate que la pénétration dans la cavité utérine, facile pour un doigt, est difficile pour deux. Il dilate alors progressivement l'utérus avec le doigt et décolle le placenta qui est adhérent en arrière et à droite dans la moitié de sa hauteur. *Puis, comme il ne peut l'extraire tout d'une pièce, il le dilacère, en ramène des fragments avec le doigt et en exprime d'autres en comprimant l'utérus entre la main droite introduite dans le vagin et la main gauche qui pèse sur le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale.* Il fait ensuite un écouvillonnage de la cavité utérine avec des écouvillons trempés dans une solution de sublimé à 1/4000 et des écouvillons trempés dans de la glycérine créosotée au 1/3. Il termine par un lavage intra-utérin, un tamponnement du col de l'utérus et du vagin avec de la gaze iodoformée.

A son réveil, une demi-heure après l'opération, la malade a un frisson. On prend la température qui est de 38°3. Le soir, nouveau frisson.

Le lendemain la température tombe à 36°6 le matin. La malade a bien dormi. Le tampon est retiré, il exhale une légère odeur.

On fait trois injections vaginales dans la journée. Les suites de l'opération ont été excellentes ; l'état général a toujours été bon. La température a oscillé entre 36°4 et 37°. On continue les injections vaginales jusqu'au 23 mars, jour où la malade quitte la clinique.

OBSERVATION III (inédite).

Avortement de 3 mois 1/2. — Rétention du placenta.

Lall... Julie, 27 ans, brocheuse. Multipare, 3^e grossesse.

La malade, couchée au n° 10 de la salle de gynécologie, est entrée dans le service le 21 avril dernier, huit jours après avoir fait une fausse couche de 3 mois 1/2 environ.

Dans ses *antécédents héréditaires*, on relève que sa mère est morte dans un asile d'aliénés et qu'elle a perdu une sœur de tuberculose pulmonaire. Son père est encore vivant.

Elle-même a eu, à l'âge de trois mois, une variole hémorrhagique dont elle porte encore les traces. Elle a contracté la rougeole à l'âge de 4 ans. Elle a commencé à marcher à 13 mois. Les premières règles se sont établies à l'âge de 13 ans 1/2. Depuis elles ont toujours été régulières, peu douloureuses et durent de 3 à 4 jours.

Les deux grossesses antérieures n'ont présenté aucun accident et ont été menées à terme. Elles se sont terminées, la première, il y a 3 ans, par la naissance d'une fille actuellement bien portante ; la seconde, il y a 18 mois, par la naissance d'un garçon en bonne santé aujourd'hui.

Les dernières règles datent du 29 décembre au 3 janvier. Pendant le mois de février, elle a des nausées, quelques vomissements, des vertiges et de la céphalée. Cette céphalalgie, qui durait plusieurs heures, survenait tantôt le matin, tantôt le soir, tantôt au milieu de la journée : la malade nous dit que, depuis sa deuxième grossesse, ses urines contiennent de l'albumine. Cette albuminurie, qui ne s'accompagne d'aucun autre symptôme de néphrite est d'ailleurs passagère et disparaît dès que la malade cesse l'usage du vin pour ne prendre que du lait à ses repas.

Bien que la malade n'ait fait aucun excès, bien qu'elle n'ait ressenti

aucune fatigue, elle fut prise subitement le 1^{er} avril d'une perte de sang assez abondante. Cette hémorrhagie que n'accompagnait aucun phénomène douloureux, dura jusqu'au 10 avril. Du 10 au 13 les pertes furent beaucoup moins fortes et l'hémorrhagie se réduisit à quelques gouttes de sang. Mais le 13, vers 8 heures du soir, la malade ressentit au bas-ventre et aux reins, des douleurs rappelant par leurs caractères les douleurs du travail. Ces douleurs survinrent d'abord tous les quarts d'heure, puis toutes les 10 minutes. Elles allèrent ainsi se rapprochant jusqu'à devenir subintrantes à partir de 11 heures du soir. Une sage-femme appelée ne put que constater un travail très avancé et l'imminence d'une fausse couche. A minuit, la malade expulsa un fœtus du sexe masculin long de 11 centimètres ; le placenta ne fut pas expulsé.

Dans les jours qui suivirent l'avortement, la malade continua à perdre des caillots, qui, à partir du 4^e jour, dégagèrent une odeur fétide.

Jeudi dernier, 21 avril, la malade entre dans le service à 4 h. 1/2 du soir. Son état général est bon, la fièvre est modérée, la température est à 38° et le pouls à 96. La malade perd un peu en rouge, les urines sont normales.

L'utérus est encore très gros et remonte jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Au toucher on sent que l'orifice du col est encore perméable et que le placenta s'engage à travers le col. Le doigt ramène des débris qui dégagent une odeur horriblement fétide. On fait aussitôt une injection utérine et une injection vaginale au sublimé à 1/4000 et on met un tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Le lendemain matin, 22 avril, la température est à 37°. Quoique l'état général de la malade soit excellent, M. Budin décide de faire le curage digital, vu la fétidité des lochies.

On endort la malade. L'utérus est un peu revenu sur lui-même, et, pour pénétrer dans la cavité utérine qui admet difficilement le doigt, M. Budin est obligé de forcer l'orifice utérin, en imprimant à l'index des mouvements de vrille. Il arrive ainsi sur le placenta qui occupe le fond et la paroi postérieure de la matrice, et, *après l'avoir*

décollé, il fait l'expression abdomino-vaginale. Il expulse ainsi des fragments de placenta très fétides, la plus grande partie du placenta ayant été éliminée avec les caillots dans les jours qui ont suivi l'avortement et précédé l'entrée de la malade à l'hôpital. M. Budin fait ensuite trois écouvillonnages simples et un lavage intra-utérin. Après s'être assuré que la cavité utérine ne contenait plus aucun corps étranger : il termine par un écouvillonnage à la glycérine créosotée et un tamponnement vaginal.

Le tampon est retiré le soir. On fait une injection intra-utérine. Le liquide revient teinté de sang et dégage une légère odeur. Dans la nuit, la malade a de la diarrhée qui disparaît le lendemain.

Le 24, deux jours après le curage, l'orifice utérin qui commence à se refermer, permet difficilement l'introduction de la sonde. Le liquide de l'injection ne ramène plus aucun débris et ne dégage plus aucune odeur. Le soir, la sonde ne peut plus pénétrer : on fait une injection vaginale.

La température, qui jusque là avait oscillé autour de 37° atteint 39°4 le 29 avril au soir : la malade est secouée par un frisson intense. Pouls à 108. Céphalalgie. On ne trouve rien du côté des seins, l'utérus est revenu sur lui-même, il n'est pas gros, mobile. Le col est fermé à son orifice interne, mais il demeure encore perméable à son orifice externe. Par le toucher vaginal on sent le rectum distendu par les matières fécales. On donne à la malade deux verres d'eau de Janos, qui déterminent une évacuation très abondante de matières fécales.

La température tombe à 36°4 dès le lendemain, et depuis se maintient toujours entre 36°4 et 37°. L'état général de la malade est excellent, la convalescence se poursuit régulièrement et sans incident et la malade quitte le service le 3 mai, en parfait état.

OBSERVATION IV (inédite).

Hortense Caz..., femme Bast... 23 ans, ménagère. Entrée le 10 mai 1898 à la salle de gynécologie, lit n° 1.

Antécédents héréditaires. — Le père, cocher, est mort phthisique ; la mère est bien portante,

Antécédents personnels. — La malade a marché à 9 mois. Les premières règles datent de l'âge de 13 ans. Elle n'a jamais fait de maladie sérieuse : elle n'est pas tuberculeuse, n'a point de maladie de cœur, enfin ne présente aucun signe de syphilis.

La malade a déjà eu 3 grossesses antérieures, menées jusqu'à terme. Les accouchements se sont faits spontanément et les trois enfants se portent bien.

Elle a eu ses dernières règles du 16 au 20 février 1898.

Le 17 mars, la malade, sans aucune cause connue, a des vomissements, perd des caillots noirâtres pendant deux jours, du sang pendant une dizaine de jours ; puis tout rentre dans l'ordre.

Le 27 avril, la malade reperd du sang pendant quelques jours. Elle croit avoir fait une fausse couche au mois de mars et que ce sont ses règles qui reviennent.

Mais elle a le 3 mai, une nouvelle hémorrhagie, accompagnée cette fois de douleurs. La malade rend des caillots en abondance, elle appelle une sage-femme qui constate la fausse couche (8 semaines environ) et fait le diagnostic de rétention du placenta.

Le lendemain, 4 mai, perte de sang abondante ; elle a deux syncopes.

Le médecin appelé, fait un tamponnement vaginal qu'il laisse pendant 24 heures. L'hémorrhagie s'est arrêtée, mais pendant les jours suivants la malade continue à souffrir, a des lochies fétides, de la fièvre et son état empirant, la sage-femme la fait conduire à la clinique où elle entre le 10 mai 1898.

Examen de la malade. — Elle est très pâle, très affaiblie ; elle a de la céphalalgie ; ni diarrhée, ni frisson. Les lochies sont légèrement fétides ; la température égale 38°.

On lui fait une injection intra-utérine.

Mais, le soir, son état s'est aggravé, elle a 40° 2 ; aussi M. Dubrisay se décide-t-il à intervenir immédiatement.

On endort la malade, on fait la toilette vulvaire et on donne une injection vaginale. M. Dubrisay introduit facilement un doigt dans le col de l'utérus entr'ouvert. Il sent une masse flottante, un peu dure, qui doit être un débris de placenta. L'utérus étant très mobile,

il met une pince de Museux sur le col et détache facilement avec le doigt la masse qui flotte dans l'utérus. *Eprouvant de la difficulté à la retirer, il fait l'expression abdomino-vaginale, qui réussit à merveille : un débris de la grosseur du pouce est expulsé dans la paume de la main.* Il le retire et expulse encore de la même façon de petits fragments. Tout cela faisait partie de la caduque inter-utéro-placentaire, ainsi que l'a démontré un examen microscopique ultérieur.

Il fait des écouvillonnages au sublimé, puis à la glycérine créosotée au tiers, une injection intra-utérine et un tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée.

On enlève le tampon à minuit : aucune fétidité.

11 mai. — La température est tombée le matin à 38°2, le soir à 38° 4.

On fait une injection intra-utérine au sublimé, matin et soir.

12. — Température du matin 37°2, le soir 38°2 on fait une dernière injection intra-utérine.

Depuis la courbe oscille entre 36° 5 et 37° 5 ; les lochies ne sont plus fétides. On fait des injections vaginales à la malade, dont l'état général s'améliore de jour en jour et elle quitte la clinique, le 19 mai, complètement hors de danger et en pleine convalescence.

OBSERVATION V (inédite).

Avortement de 2 mois 1/2, 3 mois. Rétention partielle du placenta. Curage et écouvillonnage.

Mme L..., 23 ans, sans profession, 3^e grossesse.

Antécédents héréditaires. — Il n'y a rien de particulier à noter.

Antécédents personnels. — La malade a marché à un an. Elle a eu ses premières règles à l'âge de 14 ans. Une ou deux fois, il y a eu interruption pendant trois ans. Depuis l'âge de 17 ans, elles sont régulières et non douloureuses et, durent en général huit jours. La femme n'a fait aucune maladie pendant son enfance. Depuis 3 ans elle se plaint de troubles digestifs. Elle a de temps en temps des étourdissements, des vertiges, des battements de cœur ; le creux

épigastrique est le siège d'un gonflement après les repas. Souvent, à la suite de ces troubles, elle souffre d'un violent mal de tête durant deux ou trois jours.

1^{re} grossesse (1896). Les troubles gastriques se sont exagérés pendant cette grossesse, qui s'est terminée par un accouchement gémellaire prématuré de 7 mois 1/2 de deux enfants morts nés.

2^e grossesse (1897). Pendant cette grossesse, la mère n'a eu que de légères nausées, et un garçon actuellement bien portant en a été le fruit.

3^e grossesse actuelle. — La femme nourrissant son enfant, n'avait pas eu ses règles depuis sa dernière grossesse. Elle sèvre son enfant à l'âge d'un an. A ce moment elle ignorait complètement son état de grossesse.

Le 9 et le 10 mai, elle a des pertes de sang, sans avoir commis aucun excès ni subi aucune fatigue. Elle croit que ses règles sont revenues.

Le 12, en se promenant, elle perd un gros caillot noirâtre.

Le 25, les pertes de sang ne s'étaient pas arrêtées. Elle ressent dans la nuit de vives douleurs dans le bas-ventre. Mais comme elles disparaissent au bout d'une heure, elle s'en inquiète peu.

Le 26, la pesanteur dans le bas-ventre augmente. Les douleurs deviennent plus vives, surtout pendant la marche. Elle prend une injection vaginale et, dans l'après-midi, perd des lambeaux de membranes.

Aussi, entre-t-elle à l'hôpital à 9 heures du soir, le 27 mai 1898.

La température de la femme étant normale et son état général étant excellent, on se contente tout d'abord de faire des injections intra-utérines.

Dans la journée du 29, elle perd du sang et des débris de membranes. La température est toujours normale.

Cependant, M. le professeur Budin, en pratiquant le toucher vaginal, retire son doigt couvert de débris légèrement fétides, il décide d'explorer immédiatement la cavité utérine, bien que la température soit de 37°2.

On endort la malade. Après avoir lavé la vulve, fait une injection

vaginale, M. le professeur Budin introduit un doigt, puis deux doigts sans trop de difficultés dans l'utérus qu'il abaisse de la main gauche placée sur la paroi abdominale. Il sent quelques débris cotylédonaires adhérents à l'utérus, les détache avec le doigt et *fait la manœuvre par lui préconisée : il introduit deux doigts de la main droite placée dans le vagin, dans le cul-de-sac postérieur, et exprime l'utérus entre ces deux doigts et la main gauche qui, à travers la paroi abdominale, appuie contre le fond et la face antérieure de l'utérus*. Des caillots et des débris de placenta peu volumineux viennent tomber dans la paume de la main droite, qui les attire au dehors. On fait une injection vaginale; deux écouvillonnages simples, un troisième à la glycérine créosotée au tiers. Aucun écoulement de sang ne se produisant, on se contente, après avoir fait une nouvelle injection intra-utérine, de mettre un tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Le soir, la température s'élève à 37°8. Le pouls est à 85. Le lendemain matin, on retire le tampon vaginal qui ne présente aucune odeur. On fait une injection intra-utérine. La température est tombée à 37°2.

Pendant trois jours, on continue les injections intra-utérines et la température restant au-dessous de 37° avec un très bon état général on ne fait plus jusqu'au 11 juin, date de sortie de la malade, que des injections vaginales.

OBSERVATION VI (inédite).

Avortement de 3 mois, rétention du placenta, curage digital, expression abdomino-vaginale et écouvillonnage.

Célestine Haut..., âgée de 22 ans, cuisinière, lit n° 38, de la salle des nouvelles accouchées.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Elle a cinq frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais été atteinte par de graves maladies. Elle a marché à 14 mois, a été réglée à 14 ans régulièrement. Au moment de ses règles, elle avait des pertes blan-

ches abondantes. Elle n'a encore fait ni accouchement, ni avortement.

Avortement. — Le 27 janvier 1886, la malade a vu pour la dernière fois. Les premiers temps de la grossesse elle a eu des éblouissements, des vertiges et des vomissements. Rien de particulier à noter avant le 1^{er} juin.

C'est alors que la malade est tombée, vers une heure de l'après-midi en descendant d'un omnibus. La chute a été si violente qu'elle a perdu connaissance pendant quelques minutes. Transportée chez un pharmacien, elle revient à elle. On lui fait un pansement sur l'œil gauche pour une forte contusion qu'elle s'est faite en tombant et elle prend une voiture pour rentrer chez elle. Elle reste couchée toute l'après-midi. Le lendemain se sentant mieux, elle se lève et sort pour faire des courses. Elle ressent une pesanteur dans le bas-ventre et de temps en temps « des coliques » suivant l'expression de la malade.

Le 3 juin. — Les douleurs deviennent plus fortes et on la fait transporter chez une sage-femme. Celle-ci après l'avoir examinée, déclare qu'elle va faire une fausse couche. En effet, le même jour à 5 heures, les membranes se rompent. Les douleurs deviennent moins vives et ce n'est que le 4 juin, vers 5 heures du soir, qu'elle accouche d'un fœtus de 3 mois environ.

La délivrance n'est pas faite. Quelques instants après la sortie du fœtus la malade a une crise nerveuse (?) et une hémorrhagie assez abondante. La sage-femme lui donne des injections chaudes et fait une injection hypodermique (d'ergotine ? nous voulons bien espérer que non).

Le dimanche, 5 juin, les pertes de sang continuent et la malade a un premier frisson dans la matinée, un second dans l'après-midi. La sage-femme se décide à appeler un médecin qui conseille d'envoyer immédiatement la malade à l'hôpital.

Elle entre à la clinique Tarnier le lundi 6 juin, à 7 heures du matin.

A l'examen, la femme présente les traits de face tirés ; la peau est sèche et chaude. Elle répond à peine aux questions qu'on lui pose.

Son état paraît très mauvais. Elle a 39° de température, le pouls est petit et bat à 144 par minute.

L'utérus est accessible au-dessus de la symphyse pubienne. En pratiquant le toucher, on rencontre dans le vagin des caillots de sang fétides et on arrive facilement à pénétrer dans le col largement ouvert. On sent le placenta dont une partie est engagée dans le col.

M. le professeur Budin, en présence de l'élévation de température (39°) et de la fétidité des débris retirés par le doigt, décide de faire immédiatement le curage digital.

Nous endormons la malade et après avoir fait la toilette des organes génitaux externes, après avoir donné une injection vaginale, M. Dubrisay, chef de clinique, introduit sa main dans le vagin et deux doigts dans la cavité utérine. Il en retire, en repliant les doigts en crochet, une notable quantité de caillots fétides. Il fait ensuite le décollement du placenta avec beaucoup de peine, car celui-ci est très adhérent. *Il éprouve encore plus de difficulté à l'extraire. M. le professeur Budin, introduit à son tour deux doigts dans l'utérus pour s'assurer que le placenta est bien décollé. Il fait l'expression abdomino-vaginale et, après un cours instant de résistance, il recueille dans la paume de la main droite introduite dans le vagin, le placenta volumineux qui pèse, avec les caillots retirés par M. Dubrisay, 165 grammes.* Il introduit de nouveau son doigt pour s'assurer qu'il ne reste aucune masse cotylédonaire et fait écouvillonner la cavité par M. Dubrisay. Après deux écouvillonnages simples qui retirent des débris de membranes, il en fait deux autres à la glycérine créosotée au 1/3. On fait ensuite une injection intra-utérine. Comme il s'écoulait du sang de la cavité utérine, M. Dubrisay introduit une mèche iodoformée dans la cavité utérine, puis dans le vagin.

Le soir on retire la mèche intra-utérine, on fait une injection intra-utérine. La température prise à 4 heures était de 38°.

Le 7 juin, la température tombe à 36°8, le pouls à 95.

Nouvelle injection intra-utérine. L'état général de la femme s'améliore considérablement.

Les 8 et 9 juin la température oscille autour de 37°. Le mieux se continue. On fait toujours des injections intra-utérines.

Le 10, 36°8 de température, 85 pulsations au poulx. L'état général devient excellent, on se contente de faire à la malade des injections vaginales jusqu'à sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION VII (inédite).

(Communiquée par M. le docteur DEMELIN.)

Madame Dup..., Vve Dut..., 30 ans, couturière. Entrée le 5 juin 1898, à l'hôpital St-Louis. Avortement incomplet de 2 mois 1/2.

Antécédents héréditaires. — Ses parents sont bien portants. Rien de particulier à noter.

Antécédents personnels. — La malade n'a jamais été malade antérieurement. Elle ignore l'âge auquel elle a marché. Réglée à 14 ans ; ses règles sont régulières et durent 3 jours.

En 1887, 1^{re} grossesse. Accouchement spontané, à terme, terminé par la naissance d'une fille actuellement bien portante.

En 1892, 2^e grossesse. Accouchement spontané, à terme, d'une fille encore vivante.

En 1897, 3^e grossesse, terminée par un avortement de six semaines (23 juin). Cet avortement est attribué par la malade à la fatigue produite par la machine à coudre.

Les deux filles sont de pères différents. Les grossesses de 1897 et 1898, toutes deux terminées par des fausses couches, sont attribuées à un homme de 25 ans : en interrogeant avec soin la malade, on ne peut déceler chez lui aucun stigmat de syphilis.

En 1898, 4^e grossesse, actuelle. Les dernières règles datent du 17 au 20 mars. La malade n'a eu aucun autre symptôme de grossesse. Elle se plaint de maux de tête fréquents et d'une névralgie faciale gauche.

Le 29 mai la malade se fatigue, saute à la corde, le 2 juin elle soulève des altères. Aucune autre cause de la fausse couche qui va se produire ne peut être relevée à l'interrogation.

Le 3 juin. — Elle éprouve une légère douleur dans la région lombaire et le 4 juin au matin, elle a une perte de sang légère.

A 7 heures du soir, la malade a de violentes douleurs, elle perd

beaucoup de sang et des caillots. On appelle un médecin, qui cherche à enrayer les phénomènes abortifs, ordonne des injections chaudes et un lavement laudanisé. Les caillots, assez volumineux, n'ont pu être examinés ; ils contenaient probablement l'embryon.

Le 5, au matin l'hémorrhagie persiste, elle continue à perdre des caillots plus petits que ceux de la veille. On lui donne des injections chaudes.

Le soir, à 5 h. 1/2, la malade entre à l'hôpital St-Louis, où elle est immédiatement examinée. Le col est perméable au doigt et arrive jusque sur le placenta. Comme la température est normale, que l'hémorrhagie est insignifiante et que les lochies ne présentent aucune fétidité, on se contente de donner des injections vaginales chaudes.

Le 6. — Même état.

Le 8 et le 9. — Les douleurs reprennent dans l'après-midi et durent une heure environ, mais le placenta n'est pas expulsé. Le segment inférieur s'est formé ; le placenta est engagé dans le col effacé et est facilement accessible par le toucher.

Le 10. — M. Demelin constatant que l'utérus est revenu sur lui-même dans son segment supérieur et que le placenta, situé dans le segment inférieur mince et peu contractile, a peu de chance d'être expulsé spontanément, décide d'intervenir, même en l'absence de fièvre (36°8) et de complication.

On endort la malade au chloroforme. Après avoir fait la toilette vulvaire et donné une injection vaginale, M. Demelin introduit facilement deux doigts de la main droite dans l'utérus. *Il contourne le placenta qui n'est plus adhérent à l'utérus que par un mince pédicule, fixé sur la paroi antérieure. Ces adhérences sont facilement rompues avec les doigts. M. Demelin essaie alors d'extraire le placenta ; mais celui-ci très mobile, fuit sous les doigts et flotte dans le segment inférieur. Aussi, après avoir retiré les doigts de l'utérus, il les introduit dans le cul-de-sac postérieur et fait l'expression en s'aidant de la main gauche, placée sur la paroi abdominale. Le placenta vient tomber brusquement dans la main (comme un noyau de cerise pressé entre deux doigts) et est retiré du vagin. Il pèse 40 grammes.*

On fait une injection intra-utérine, puis un écouvillonnage avec des

écouvillons trempés dans la glycérine créosotée. On fait ensuite une nouvelle injection avec de l'eau iodée et un tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération ont été excellentes. La température est restée toujours au-dessous de 37° et la femme s'améliorant de jour en jour, est sortie complètement guérie.

OBSERVATION VIII (inédite).

(Communiquée par M. le docteur DEMELIN.)

Mme Led... femme Bouz..., 28 ans, passementière, entrée le 11 juin 1898, à la salle d'accouchement de l'hôpital St-Louis.

Antécédents héréditaires. — Le père est mort à 75 ans d'une congestion cérébrale. La mère est bien portante.

Antécédents personnels. — La malade a marché à 13 mois. Elle a eu la diphtérie à l'âge de 3 ans. Ses règles, apparues à 11 ans 1/2, ont toujours été régulières depuis ce temps.

En 1895, 1^{re} grossesse. — Accouchement spontané, à terme, d'une fille, élevée au sein, et actuellement en bonne santé.

En 1896, 2^e grossesse. — Accouchement prématuré de sept mois et demi.

L'enfant, élevé au sein, est mort à 6 semaines de faiblesse congénitale.

3^e grossesse, actuelle. — Les dernières datent du 10 au 15 mars.

Jusqu'au 29 mai 1898, rien de particulier n'est à noter. A cette date, la malade ressent dans le ventre de violentes douleurs. Elle garde le lit pendant deux jours. Grâce à ce repos, tout trouble disparaît.

Le 8 juin. — La malade a des vomissements et des douleurs abdominales qui cessent après un jour de repos.

Le 10. — A 7 heures du matin, la malade a de violentes douleurs et des pertes de sang abondantes. elle expulse un *embryon de trois mois* environ du sexe masculin, pesant 40 grammes et ayant 13 centimètres de long.

Le placenta n'est pas expulsé.

La malade est amenée le 12 à 9 heures du matin. On lui donne une injection vaginale. A onze heures, elle expulse spontanément un placenta incomplet (?) du poids de 40 grammes.

On fait une injection intra-utérine avec deux litres d'eau iodée. On extrait des débris placentaires, mais il semble qu'il en reste encore.

Le 13. — A 7 heures du matin, la température s'élève à 38°, aussi M. Demelin décide, au moment de la visite, d'intervenir immédiatement.

On endort la malade au chloroforme. Après avoir fait la toilette vulvaire et une injection vaginale, il introduit avec quelque difficulté, deux doigts dans l'utérus. L'orifice interne du col était en effet en partie fermé et clôturait la cavité formée par l'utérus, tandis que dans l'observation précédente (VII) le canal cervico-utérin était nettement distinct de la cavité du corps retractoré. *Sur la face antérieure de l'utérus, on trouve des débris friables, faiblement adhérents que M. Démelin décolle facilement avec le doigt. Ces débris une fois libres dans la cavité utérine sont difficiles à saisir. Il fait l'expression abdomino-vaginale, qui évacue la cavité avec la plus grande facilité.*

On donne une injection d'eau iodée et on fait un écouvillonnage avec des écouvillons trempés dans de la glycérine créosotée au 1/3. On met un tampon de gaze iodoformée dans le vagin. Les jours suivants, la température est tombée et la guérison de la malade est proche.

OBSERVATION IX (inédite).

Mme Mart..., entrée le 27 mai 1898 à 5 heures du soir dans le service de M. Maygrier, à la Charité pour un avortement de 2 mois 1/2, incomplet fait en ville.

Antécédents. — La malade a marché à deux ans, elle n'a fait aucune maladie grave. Elle a été réglée à l'âge de 14 ans. Elle a déjà eu 4 grossesses antérieures, qui se sont toutes terminées à terme.

Grossesse actuelle. — Les dernières règles ont duré du 12 au

15 mars. Rien de particulier n'est à signaler au début de la grossesse.

Le 24 mai, la malade a fait une chute. Le lendemain elle eut des pertes de sang. Le 26 mai, l'hémorrhagie augmente et s'accompagne de douleurs vives dans le bas-ventre. La malade appelle un médecin qui trouve au milieu des caillots un embryon de 2 mois $1/2$ environ. Il lui fait donner des injections chaudes. Malgré cela, le 27 mai, la malade continue à perdre et n'expulse pas le placenta.

Le 28 mai, la femme continuant à perdre et ayant une légère élévation de température, le médecin lui conseille d'entrer à l'hôpital, où elle est reçue à 4 heures du soir.

Là, M. Milanoff externe du service, faisant fonction d'interne, examine immédiatement la femme. *Celle-ci est pâle, faible, la peau est sèche et chaude. La température est de 37°8.*

Il fait le toucher vaginal et parvient à introduire avec peine deux doigts dans l'utérus. Il sent une masse adhérente au fond de l'utérus, dont il peut faire le tour facilement dans son tiers inférieur.

M. Maygrier prévenu, conseille de faire immédiatement le curage digital, suivi de l'expression abdomino-vaginale.

On donne une injection vaginale à la malade placée en position obstétricale. M. Milanoff introduit deux doigts dans l'utérus pendant que la main gauche le fixe à travers la paroi abdominale très relâchée. Il décolle avec difficulté le placenta qui adhérerait fortement au fond de la matrice. *Après son décollement complet, il veut en faire l'extraction en repliant les doigts en crochets. Mais la masse placentaire volumineuse et glissante, échappe avec facilité aux doigts qui veulent la saisir.*

Il introduit alors deux doigts dans le cul-de-sac postérieur du vagin et comprime l'utérus entre ces doigts et la main placée sur la paroi abdominale. Le placenta ainsi exprimé vient tomber brusquement, comme un noyau de cerise pressé entre deux doigts, dans la paume de la main droite, qui le retire immédiatement.

En présence de l'élévation de température et sur les indications de M. Maygrier, M. Milanoff, fait, après avoir fixé le col avec une pince de Museux, un écouvillonnage à la glycérine créosotée au $1/3$, puis une injection intra-utérine. Il termine en mettant une mèche iodo-

formée dans l'utérus et dans le vagin. La malade, très courageuse a très bien supporté cette opération. C'est à peine si elle se plaignait de temps en temps.

Les suites de l'opération ont été excellentes. La température s'est maintenue entre 37° et 37°5. On s'est contenté de donner des injections vaginales et l'état général de la femme s'améliorant de jour en jour, elle est sortie le 7 juin complètement guérie.

Cette observation est *intéressante à un double point de vue.*

1° *Elle montre une fois de plus la valeur de l'expression abdomino-vaginale.*

2° *Elle prouve qu'on peut, dans certains cas, essayer cette manœuvre sans que la malade soit endormie.*

M. Maygrier, qui a eu l'obligeance de nous communiquer cette observation, ce dont nous le remercions vivement, a pratiqué l'expression abdomino-vaginale (après la communication de M. le professeur Budin) un certain nombre de fois à l'hôpital Lariboisière, et toujours avec succès.

OBSERVATION X (communiquée par M. le professeur Budin).

Mme X..., salle Levret, n° 9. Entrée le 16 décembre 1897, n° 2455. Secondipare (La Maternité).

Rien à noter dans les antécédents héréditaires.

La malade a marché à 9 mois ; elle a été réglée à 13 ans, toujours régulièrement depuis. Ses règles durent trois jours.

Elle n'a jamais été malade.

1^{re} grossesse. — Elle s'est terminée par un avortement au cinquième mois. La femme l'attribue à un traumatisme.

2^e grossesse actuelle. — Les dernières règles datent du 4 août 1897. Pendant sa grossesse, la parturiente a eu une constipation opiniâtre

(elle resta trois semaines sans aller à la garde-robe). Elle eut aussi de violents vomissements.

Elle commença à souffrir le 14 décembre à 2 heures du soir. La rupture spontanée des membranes s'est faite le même jour à 2 h. 30 du soir.

Au palper on sent l'utérus dont le fond est à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic (utérus de 3 mois 1/2). Il est dur et contracté.

Auscultation négative.

Au toucher, on sent le col long, dont l'orifice externe est largement ouvert. Les membranes sont rompues; l'utérus est abaissé; on ne perçoit pas de parties fœtales. Il est 6 h. 1/2 du soir.

Jusqu'à minuit les choses restent dans le même état. Le 15 décembre, vers 1 heure du matin, le col est court, perméable. L'orifice interne permet l'introduction du doigt. On sent de petites parties fœtales qui semblent être les pieds.

Le matin, elle repose et a peu de douleurs.

A 8 heures sa température est de 38°. La parturiente est montée à l'isolement. Elle a quelques douleurs violentes, puis vers 11 heures, elle s'endort et repose toute l'après-midi. Vers 6 heures du soir, la parturiente souffre à nouveau. Le tronc du fœtus apparaît à l'orifice vulvaire. Mlle Cochin fait quelques tractions sur lui et l'amène seul en dehors. La tête reste dans la cavité utérine. Aussitôt, l'orifice interne revient sur lui-même et ne permet que l'introduction de la sonde intra-utérine.

La température s'est élevée à 40° et le pouls est à 160.

Mlle Cochin fait ensuite une injection vaginale et une injection intra-utérine au sublimé, terminée au naphtol (le placenta étant encore dans la cavité utérine), suivie d'un tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

La parturiente, ne souffrant pas, reste assez calme. Elle boit du grog et du champagne; mais elle vomit le lait qui lui est donné. Elle urine assez souvent, puis elle sommeille ensuite assez profondément. L'écoulement sanguin qui se fait par les organes génitaux est d'une extrême fétidité. Vers 4 heures du matin, elle a une garde-robe peu abondante. Elle a des nausées fréquentes.

Le 16 décembre à 7 heures du matin, 36°6 de température et 140 au poulx. On fait la toilette externe des organes génitaux, on retire le tamponnement vaginal et on donne une injection vaginale, puis on examine la parturiente. L'extrémité céphalique est dans le vagin ; le col est légèrement béant ; l'orifice interne est rétracté et emprisonne l'arrière-faix.

Mlle Viers extrait la tête et fait ensuite une injection intra-utérine avec 4 litres de sublimé. Quelques débris de membranes reviennent dans l'eau de l'injection qui est très fétide. Elle refait un nouveau tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.

A sa visite du matin, la sage-femme en chef ordonne un grand lavement et la diète absolue, pensant que M. Budin interviendrait pour extraire l'arrière-faix. A cet effet tout est préparé. Il est environ 11 heures du matin.

La sage-femme en chef retire le tamponnement vaginal et M. Budin examine alors la parturiente et pratique le toucher vaginal. Il constate que l'orifice interne est complètement revenu sur lui-même et un peu au-dessous de lui, la présence dans le canal cervical d'un petit cul-de-sac latéral pouvant faire commettre une erreur. Il ne parvient pas à franchir l'orifice interne.

Il fait placer la femme dans la position obstétricale et fait donner le chloroforme. M. Budin, introduisant deux doigts dans le vagin, essaie de dilater doucement et progressivement l'orifice interne contracturé. Il réussit enfin, mais difficilement à introduire d'abord un doigt, puis deux.

Une injection vaginale est faite à ce moment et M. Budin introduisant *cette fois la main tout entière dans le vagin, décolle le placenta avec deux doigts introduits dans l'utérus. Mais il ne peut l'extraire à travers l'orifice utérin très étroit et ne peut ramener que quelques débris fétides. Il fait l'expression abdomino-vaginale. Aussitôt le placenta tombe dans le creux de la main et est retiré.* Après s'être assuré qu'il ne reste plus rien dans la cavité utérine, M. Budin introduit alternativement deux écouvillons, suivis d'une injection intra-utérine ; puis un nouvel écouvillon à la glycérine créosotée est

introduit et il termine par une injection intra-utérine, et par un tamponnement intra-cervical et vaginal avec de la gaze iodoformée.

Après son réveil, la malade a des nausées et un violent frisson qui dure plus d'une demi-heure. Elle a 38°6 de température et 148 au pouls.

Le soir 38°4. La température les jours suivants est redevenue normale et la malade a rapidement guéri.

CONCLUSIONS

I. — La force musculaire peu développée de l'utérus, la rigidité et la longueur du col, le volume exagéré du placenta par rapport à l'embryon, font que, surtout au troisième et au quatrième mois, l'extraction du placenta, dans les avortements, est souvent difficile.

II. — Nous n'admettons pas l'extraction instrumentale. Il ne faut pas surtout, sous aucun prétexte, se servir de pinces. Ce sont des instruments aveugles et dangereux, qui ont occasionné des accidents mortels (perforations de l'utérus ; extraction d'une anse intestinale au lieu du placenta avec étranglement consécutif).

III. — En général, les doigts recourbés en crochet suffisent à extraire le placenta décollé.

IV. — En cas d'insuccès, avoir recours à l'expression abdomino-vaginale telle que l'a décrite M. le professeur Budin. On ne doit employer ce procédé qu'après le décollement complet de l'arrière-faix. Cette opération est sans danger, à la portée de tous les praticiens. Elle complète le curage digital ; avec l'écouvillonnage elle contribue à faire de ce procédé la méthode de choix pour le traitement de la rétention du placenta abortif, quand l'intervention est indiquée.

BIBLIOGRAPHIE (1).

- Alberti.** — Ein Fall von Perforation des Uterus. *Centralb. für Gynec.*, 29 septembre 1894.
- Artur Edis.** — Conduite à tenir dans l'avortement incomplet. *British med. Journ.*, août 1886.
- Audebert.** — Thèse de Bordeaux (1890).
- Audebert et Chaleix.** — *Traitement de l'avortement incomplet* (1890).
- Auvard.** — *Médecine moderne*, mars 1893.
- Baudelocque.** — *Art des accouchements*, t. I (1778).
- Bibot.** — Trait. de l'avort. embryonnaire. *Arch. Tocol.* (1894).
- Mme Boivin.** — *Mémorial d'accouchements* (1836).
- Bonnaire.** — Trait. de l'infection puerpérale. *Tribune médicale*, 1889.
- Brion.** — 350 cas d'avortements. Thèse de Paris (1893).
- Budin.** — *Leçon inédite à la clinique Tarnier* (1898).
- *Compte rendu de la séance d'obstétrique du 8 juillet* (1897).
- Byere.** — *Trait. of. abortion*, (Dublin 1887).
- Castan** — Thèse Paris (1889).
- Cazeaux** — *Traité des accouchements*, revu par Tarnier (1870).
- Charpentier** — *Traité des accouchements* (1888).
- Colomby.** — Thèse Paris (1898).
- Cordes.** — Rétention du placenta après l'avortement. *Ann. de Gynec.* (1876).
- Dahlmann.** — *Traité de l'avort.* *Centr. f. Gynec.*, II (1888).
- Demelin.** — *Traitement de la rétention du placenta aux 3^e et 4^e mois.* *Rev. gén. de clinique*, 30 mai (1889).
- Devillers.** — Article Avortement. *Dict. de médecine et de chirurgie*.
- Dompsey.** — Abortion. Trait. and etiology. *Dublin médical* (1887).
- Dolérís.** — Conduite à tenir dans l'avortement. *Nouv. archiv. d'obstétr. et de gynécol.* (1886).

(1) Voir la bibliographie très complète de la thèse de Colomby (1898).

- Curage dans le traitement de la métrite puerpérale. *Journ. de médecine de Paris*, 3 août (1888).
- Duncan.** — *Edimb. med. Journ.* (1871).
- Dunlop.** — Trait. consécutif de l'avort. *British medical Journal* (1888).
- Fraipont.** — *Gaz. médicale de Liège*, juin (1889).
- Fleischmann.** — *Centralb. für Gyn.* (6 octobre 1894).
- Genesteix.** — *Traité des avort.* Paris (1886).
- Gerbaud.** — Thèse d'agrégation. Paris (1886).
- Greffith.** — Avort. incomplet. *Amer. journ. of Obst.* (1886).
- Guéniot.** — Délivrance dans l'avort. *Bull. de Thérap.*, t. 63 (1867).
- Guillemeau.** — *Œuvres de chirurgie* (1599).
- Hall Davis.** — *Obstetrics Transact.*, n° III (1836).
- Hartung.** — Trait. de l'avort. *New-York med. Presse* (1885).
- Labusquière.** — Rétention du placenta. *Ann. de gynéc.* (1887).
- Mme Lachapelle.** — *Pratique d'accouchements.*
- Latham.** — Trait. moderne de l'avort. *Amer. med. Bull.*, 1895.
- Mme Leboursier Ducoudray.** — *Guide d'accouchement.*
- Leishmann.** — *System of midwifery* (1876).
- Lessona.** — *De la délivrance artificielle*, Turin (1887).
- Levret.** — *Art des accouchements* (1768).
- Lucas.** — Thèse, Paris (1896).
- Martin.** — Soc. de gyn. de Berlin. *Presse médicale* (1894).
— *Leitfaden der operativen Geburtshülfe*, Berlin (1877).
- Malowsky.** — Essai sur les polypes placentaires. *Annales de gyn.* (oct. 1880).
- Mann.** — *Journal of obstetr.*, mai (1895).
- Mauriceau.** — *Maladies des femmes grosses et des accouchées* (1668).
- Maygrier et Demelin.** — Etude sur l'avortement gémellaire. *Arch. de Toc.* (1892).
- Maygrier.** — *Revue de gynécologie et d'obstétrique*, juillet (1897).
- Miculicz.** — Zur Kenntniss und Chirurg. Behandlung des puerperalen Pyohemie. *Prager Zeitsch.* (1881).
- Misrachi.** — Trait. de l'avortement incomplet. *Arch. de Tocol.* (1881).
- Murdoch Cameron.** — *British med. Journal*, 31 mai (1888).
- Nyoff.** — Trait. de l'avort. *Nederland Tiddsch. van Geneesk* (1888).
- Paré (A.).** — *Œuvres complètes.* Edition de Chassaingnac.
- Parish.** — Trait. de la délivrance avant le 7^e mois. *New-York med.* (1890).
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie* (1897).
- Rambaud.** — Thèse de Paris (1883).
- Ribemont et Lepage.** — *Précis d'obstétrique* (1896).
- Schwartz.** — Trait. de l'avort. *Volksmann's Sammlung* (1884).

- Simpson.** — *Archives de la Société obstétr. d'Edimbourg* (1876).
Spöendly. — *Erinnerungen aus der obstetrischen Praxis* (1875).
Southwick. — Trait. de l'avort. aux 4^e et 5^e mois. *American J. of obst.*,
septembre (1885).
Sulliwan. — Trait. of abortion. *Boston med.* (1885).
Tarnier et Budin. — *Traité d'accouchements*, t. II (1886).
Tarnier. — *Asepsie et antisepsie en obstétrique* (1893).
Tyler Smith. — *Lecturs of obstetrics* (1858).
Veit. — *Zeist. f. Geb.* (1877).
— *Société obstétrique de Vienne* (29 juin 1894).
Wisard. — *Intervent. chirurgicale dans la rétent. du placenta*, thèse
(1888).
-

Vu :

Le Président :

P. BUDIN.

Vu :

Le Doyen :

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Imp G. Saint-Aubin et Thevenot. — J. Thevenot, successeur, Saint-Dizier.
